FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André CARCIN
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LE PROLAPSUS DOULOUREUX DE L'OVAIRE

Président : M. LEGUEU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

M. le Professeur agrégé SCHWARTZ (1908-1909)
Monsieur le Professeur HUTINEL (1909-1910)
M. le Professeur agrégé THIROLOIX (1910-1911)

Internat provisoire

Monsieur le Docteur ROUBINOVITCH (1911-1912)
M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE (1911-1912)

Internat

Monsieur le Professeur LEGUEU (1912-1913)
Monsieur le Professeur agrégé RICARD (1913-1914)
Monsieur le Professeur LEJARS (1914)
Monsieur le Professeur agrégé AUVRAY (1919)

Monsieur le Professeur agrégé CHEVASSU
M. le Professeur agrégé BONNAIRE (*In memoriam*)
Monsieur le Professeur agrégé JEANNIN
Monsieur le Professeur agrégé ALGLAVE
Monsieur le Professeur agrégé PROUST
Monsieur le Docteur LAPOINTE
Monsieur le Docteur LABEY
Monsieur le Docteur CHEVRIER

Pendant la guerre

Monsieur le Professeur SENCERT

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Hommage de reconnaissance et d'affection.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

M. le Professeur agrégé SCHWARTZ (1908-1909)
Monsieur le Professeur HUTINEL (1909-1910)
M. le Professeur agrégé THIROLOIX (1910-1911)

Internat provisoire

Monsieur le Docteur ROUBINOVITCH (1911-1912)
M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE (1911-1912)

Internat

Monsieur le Professeur LEGUEU (1912-1913)
Monsieur le Professeur agrégé RICARD (1913-1914)
Monsieur le Professeur LEJARS (1914)
Monsieur le Professeur agrégé AUVRAY (1919)

Monsieur le Professeur agrégé CHEVASSU
M. le Professeur agrégé BONNAIRE (*In memoriam*)
Monsieur le Professeur agrégé JEANNIN
Monsieur le Professeur agrégé ALGLAVE
Monsieur le Professeur agrégé PROUST
Monsieur le Docteur LAPOINTE
Monsieur le Docteur LABEY
Monsieur le Docteur CHEVRIER

Pendant la guerre

Monsieur le Professeur SENCERT

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Hommage de reconnaissance et d'affection.

MEIS ET AMICIS

LE PROLAPSUS DOULOUREUX DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Jusqu'à ces dernières années, les traités de gynécologie ne parlaient pas du prolapsus simple douloureux en tant qu'affection absolument distincte ou susceptible de s'individualiser par certains symptômes et méritant une intervention chirurgicale appropriée. Ce sont surtout les auteurs anglo-américains qui se sont occupés de cette question et lui ont, en pathologie, donné la place qu'elle doit occuper. Rigby, en 1850, dans le *Médical Times* en donne la première description clinique. Storer Warner et Blake en 1872 à Boston font de ce sujet, l'objet d'une longue discussion à la Société de Gynécologie.

Skene rapporte une observation de prolapsus ovarien à la Société d'Obstétrique de New-York, en 1878.

Munde en 1879, fait un travail d'ensemble de la question.

Bien que la symptomatologie ait été bien étudiée à cette époque, peu de progrès avaient été réalisés

dans la voie du traitement de cette affection. Les seuls moyens conseillés jusqu'alors tendaient surtout à décongestionner l'ovaire et à limiter sa descente. C'est ainsi que ces auteurs avaient préconisé les pessaires, les tampons de glycérine ou autres procédés d'ordre médical.

En 1886, Imlach propose de fixer l'ovaire par la suture en bonne position.

Reamy, Geyl, Goldspohn, Goodel, Gardner, Bonney viennent apporter leur part à l'étude du prolapsus douloureux de l'ovaire et préconisent diverses méthodes.

Plus récemment, en Amérique, Clifford Barrows, Ward font une étude détaillée du prolapsus ovarien, tant au point de vue de la classification que de la critique des résultats des interventions chirurgicales pratiquées.

En Hollande, Stratz publie quelques observations du prolapsus antérieur de l'ovaire et donne le résultat d'examens histologiques d'ovaires prolabés. En France, Vallin en 1887 avait publié une thèse tout à fait complète et demeurée classique sur « la situation et le prolapsus des ovaires ».

Les différents auteurs qui se sont occupés de la question au point de vue anatomique n'ont pu que confirmer les constatations de Vallin.

Jusqu'ici les traités de gynécologie étaient restés muets sur la question du prolapsus de l'ovaire.

Pour Pozzi, l'ovaire sain ou enflammé peut bien se prolaber dans le cul-de-sac de Douglas, mais cet

auteur n'en fait qu'un symptôme qui vient souvent compliquer une lésion tubaire ou une rétro-déviation utérine. Ce n'est pas une entité clinique ; mais il considère le prolapsus comme une complication d'ordre anatomo-pathologique.

Labadie Lagrave et Legueu consacrent dans leur traité de gynécologie quelques pages très claires au prolapsus douloureux de l'ovaire. Laissant de côté les longues discussions pathogéniques, ils insistent sur le rôle de l'ovarite scléro-kystique et des lésions ovariennes, qui à elles seules permettent d'expliquer bien des symptômes. Mauclaire, dès 1903 s'était intéressé à cette question et à contribué beaucoup à la faire connaître en France. Il a proposé un procédé ingénieux d'ovariopexie, mais il a eu également recours à d'autres techniques opératoires déjà pratiquées à l'étranger. C'est sous son inspiration que nous nous sommes mis à l'étude de cette question. Nous avons pu retrouver quelques malades opérées dans le service de notre maître et juger la valeur de différents procédés.

Ce qui nous semble en effet intéressant, c'est de bien poser les indications, de différencier les cas de prolapsus ovarien pur, où l'ovaire doit être conservé et de savoir alors quel est pour cette glande le meilleur moyen de fixation ; ceux où l'ovaire est scléro-kystique, conservable ou non, suivant le degré des lésions ; enfin, les cas où il y a rétroversion ou rétro-flexion utérine avec prolapsus ovarien, cas les plus fréquents, mais où justement une simple hystéro-

pexie peut ne pas être suffisante pour soulager les malades et où il faut associer à cette opération une pexie ovarienne.

Les raisons qui ont fait que le prolapsus ovarien est resté dans l'ombre sont diverses. Il est rare en effet de voir des cas simples, de prolapsus pur ; ils se compliquent le plus souvent de rétrodéviation utérine et c'est à cette dernière affection qu'on attribue tous les troubles. L'intervention est dirigée de ce côté et on néglige peut-être un peu trop l'ovaire.

Parmi les symptômes, s'il en est qui nous semblent propres au prolapsus, beaucoup relèvent d'autres causes surajoutées ou concomitantes : faiblesse du plancher uro-génital, lésions anatomiques de la glande.

Toutes ces causes expliquent que l'attention n'a pas été attirée suffisamment du côté de l'ovaire, que les interventions ont porté sur l'utérus si souvent rétrofléchi dans ces cas là et qu'ainsi les observations et les documents anatomiques sont relativement rares ou incomplets pour étudier la question et interpréter les faits.

DIFFÉRENTS STADES DU PROLAPSUS

Le prolapsus de l'ovaire consiste dans la descente de la glande génitale hors de sa loge anatomique. Dans la très grande majorité des cas l'ovaire tombe dans le cavum rétro-utérin dont il peut occuper les différents étages pour s'arrêter en fin de chute dans le cul-de-sac de Douglas. Exceptionnellement l'ovaire peut être prolabé en avant de l'utérus et nous rapportons cinq observations de Stratz de dislocation en avant de la glande génitale. Ces cas de prolapsus en avant s'accompagnent de signes tout à fait différents du prolapsus en arrière et le diagnostic en est pour ainsi dire impossible. C'est ainsi qu'Engelmann pensait dans une de ses observations à une hernie. L'ovaire était voisin du pli de l'aine et fut extirpé.

Munde a classé le prolapsus en quatre variétés :

1° Rétro-latérale ;

2° Rétro-utérine ;

3° Ante-utérine ;

4° Dans l'infundibulum de l'utérus en inversion.

Dans cette dernière variété, le prolapsus est tout à fait accessoire, secondaire à l'inversion et sans intérêt.

En pratique, il n'y a que deux variétés de prolapsus ; ce ne sont d'ailleurs que les deux étapes successives de la chute de l'ovaire tendant à gagner le fond du cul-de-sac de Douglas.

Dans la variété *rétro-latérale* l'ovaire a franchi le ligament utéro lombaire ; mais s'arrête au-dessus du ligament utéro-sacré.

Dans la variété *rétro-utérine*, il a dépassé le repli semi-lunaire de Douglas et occupe le point le plus déclive de la fosse recto-pelvienne. Cette deuxième forme est l'aboutissant à peu près fatal de l'affection, qui évolue déjà depuis quelque temps. L'ovaire n'a chance en effet de se maintenir dans la variété rétro-latérale que s'il contracte des adhérences, qui le fixent plus ou moins solidement à la paroi pelvienne.

QUELQUES POINTS ANATOMIQUES

Il nous a paru tout à fait inutile de rappeler l'anatomie topographique du petit bassin, nous nous contenterons simplement de préciser quelques points indispensables pour la compréhension anatomique du prolapsus et nous insisterons surtout sur le rôle des ligaments de l'ovaire et particulièrement sur ce qu'ils deviennent au cours du prolapsus.

Situation de l'ovaire. — Les ovaires se trouvent dans la fosse rétro-utérine, sur la face postéro-supérieure des ligaments larges. Ils occupent cette partie de l'excavation pelvienne limitée en arrière par la ceinture osseuse du pelvis et ses parties molles avec le rectum sur la ligne médiane ; c'est une paroi fixe, contre laquelle se trouvera comprimée la glande génitale dans ses déplacements en bas. En avant le cavum rétro-utérin est limité par l'utérus et ses expansions latérales que lui forment les ligaments larges ; c'est une paroi mobile.

A l'état normal, à la suite des travaux de Vallin, Nagel, His et Waldeyer on admet que chez la nullipare l'ovaire est à 15 ou 20 millimètres en avant de la symphyse sacro-iliaque, à 1 centimètre au-dessous du détroit supérieur.

La face externe de la glande répond à une région de la paroi pelvienne latérale, fossette ovarienne de Krause dont les limites sont constituées essentiellement par la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs. Après ablation de la couverture séreuse, la fossette peut être examinée, son bord antérieur est formé par l'insertion pariétale du feuillet postérieur du ligament large, en haut c'est le bord interne du psoas ou d'une façon plus précise les vaisseaux iliaques internes et surtout la veine, la berge postérieure est constituée par les vaisseaux hypogastriques doublés par l'uretère sur leur face interne, en bas les limites sont assez vagues, ce sont les branches hautes et antérieures de l'hypogastrique, ombilicale et utérine naissant souvent par un tronc commun. Dans l'aire de la fossette cheminent le nerf et les vaisseaux obturateurs. Les discussions qui ont trait aux limites plus ou moins précises de la fossette et les opinions contradictoires nous semblent sans intérêt ; l'essentiel est de savoir que l'ovaire se tient en moyenne à 15 millimètres au-dessous du détroit supérieur à 1 ou 2 centimètres en avant et au-dessus du bord supérieur du muscle pyramidal.

Mais le plus souvent chez la multipare, l'ovaire quitte la fossette ovarienne de Krause et se loge un peu plus bas et en arrière, occupant une partie de la paroi latéro-pelvienne que Claudius a décrit. Cette petite loge est limitée en avant par l'uretère et l'artère utérine, en arrière par le bord du sacrum ; elle est creusée, dit Claudius, « au sein du tissu cellulo-

graisseux qui au bord supérieur du muscle pyramidal, remplit l'espace destiné au passage des vaisseaux fessiers et du nerf fessier supérieur ».

La face interne de l'ovaire est en rapport intime avec la trompe qui l'encapuchonne, pour le voir il faut relever la trompe et redresser le pli du mésosalpynx.

Etage du feuillet postérieur du ligament large

La paroi postérieure du ligament large, n'est pas plane, mais est soulevée par des formations péritonéales, ligaments utéro-sacrés et ligaments utéro-lombaires qui limitent ainsi trois étages. L'intérêt de ces formations vient qu'elles constituent dans le prolapsus comme autant d'étapes successives dans la chute de l'ovaire. De haut en bas, on trouve d'abord la fosse sous-ovarienne de Sappey au-dessus du repli utéro-lombaire, puis l'étage moyen qui est situé entre les ligaments utéro-sacrés et les ligaments utéro-lombaires et forme la fosse hypogastrique. Enfin, l'étage inférieur constitué par le cul-de-sac de Douglas sous-jacent aux replis semi-lunaires des ligaments utéro-sacrés.

Les ligaments de l'ovaire

Les ovaires sont maintenus en place par trois formations musculo-séreuses qui les fixent dans leur situation.

Le ligament utéro-ovarien forme un petit cordon arrondi de 3 centimètres en moyenne qui unit transversalement l'angle de l'utérus au pôle interne de l'ovaire.

Le ligament tubo-ovarien s'étend de l'orifice abdominal de la trompe à l'extrémité supéro-externe de l'ovaire, c'est une lame peu épaisse sur le bord tranchant de laquelle est fixée la frange ovarique de Richard.

Beaucoup plus intéressant est *le ligament suspenseur de l'ovaire* qui porte des noms variés : ligament rond supérieur de Rouget, infundibulo-pelvien de Henle, lombo ovarien de Testut. Il est principalement destiné à l'ovaire et joue un rôle important dans le maintien de cet organe contre la paroi pelvienne latérale. C'est lui qui s'oppose à l'abaissement de la glande quand il est normal, tout en permettant quelques mouvements d'arrière en avant, c'est le ligament véritablement propre à l'ovaire, comme l'ont bien vu Delbet et Rieffel. Chez une nullipare, quand on essaie d'amener l'ovaire au contact du plancher pelvien, on ne saurait y réussir tant que le ligament suspenseur est normal, on peut bien amener la glande en avant vers la paroi abdominale, le ligament empêche la descente.

Dans le prolapsus ovarien, la glande ne pourra descendre qu'en tant que le ligament s'y prêtera; c'est dire l'importance de son rôle dans l'affection que nous étudions. Pour ces raisons, il convient de s'arrêter un peu à son étude.

Dans son ensemble, il se porte en bas et en dedans, suivant un trajet sensiblement parallèle à l'uretère, en avant duquel il chemine. Au point où il touche le détroit supérieur, il croise à angle aigu les vaisseaux iliaques externes, artère d'abord, veine ensuite et passe au-dessus du paquet vasculaire iliaque, puis il pénètre dans le bassin en avant de la symphyse sacro-iliaque et constitue pendant 2 centimètres le bord supéro-externe du ligament large entre la trompe en dedans et la paroi latérale du bassin. Comme le fait remarquer Rieffel, le grand axe de l'ovaire prolonge la direction de son ligament suspenseur et « cette ligne bi-ovarique passe au moins à 2 centimètres derrière le diamètre transversal de l'excavation pelvienne et derrière le corps utérin en antéflexion. L'ovaire non fixé par des adhérences doit nécessairement lorsqu'il est augmenté de volume, que le mésovarien et le ligament suspenseur sont relâchés, tomber dans le cul-de-sac de Douglas ».

Le ligament suspenseur est formé par l'artère spermatique interne, entourée de grosses veines, souvent dilatées, variqueuses, de lymphatiques et de nerfs. Des fibres conjonctives et des éléments musculaires lisses du système sous-péritonéal de Rouget se portent dans son épaisseur.

L'importance et le rôle du ligament suspenseur de l'ovaire nous ont conduit à l'étudier chez l'adulte d'abord. Pour ce faire, nous avons choisi 12 cadavres de femmes qui n'avaient présenté aucune affection

pelvienne susceptible de modifier l'aspect anatomique de la région. Il s'agissait sept fois de multipares, dans 3 cas de nullipares et dans 2, de primipares. Cet examen nous a montré la variabilité du ligament suspenseur de l'ovaire, variabilité sur laquelle n'insistent pas assez les traités classiques d'anatomie. Il semble que l'on puisse ranger les ligaments infundibulo-pelviens en trois catégories. Dans la première, il s'agit d'un ligament bien net, constitué comme l'écrivent les classiques par le péritoine qui tapisse les vaisseaux spermatiques internes, son sommet se perd en pointe sur le péritoine de la fosse iliaque et si on l'étale en portant l'ovaire en avant, on trouve un repli bien formé où l'on aperçoit par transparence les plexus veineux utéro-ovariens. Cette disposition a été trouvée par nous cinq fois.

Dans une seconde catégorie — trois cas — le ligament était épais, court; l'ovaire porté en haut et en avant ne soulevait qu'un repli insignifiant et le ligament ne se voyait réellement qu'à la partie toute inférieure, au point où, se portant de la paroi pelvienne sur l'ovaire, il forme le bord supérieur du ligament large. La glande génitale d'ailleurs était presque sessile et on devinait l'impossibilité presque absolue pour elle de pouvoir se prolaber dans ces conditions.

Enfin, dans quatre cas, le ligament suspenseur était très long, permettant à l'ovaire un certain mouvement de descente. Les feuillets séreux presque accolés l'un à l'autre ne tapissaient qu'un peu de

tissu cellulaire et les vaisseaux étaient situés à la base du ligament.

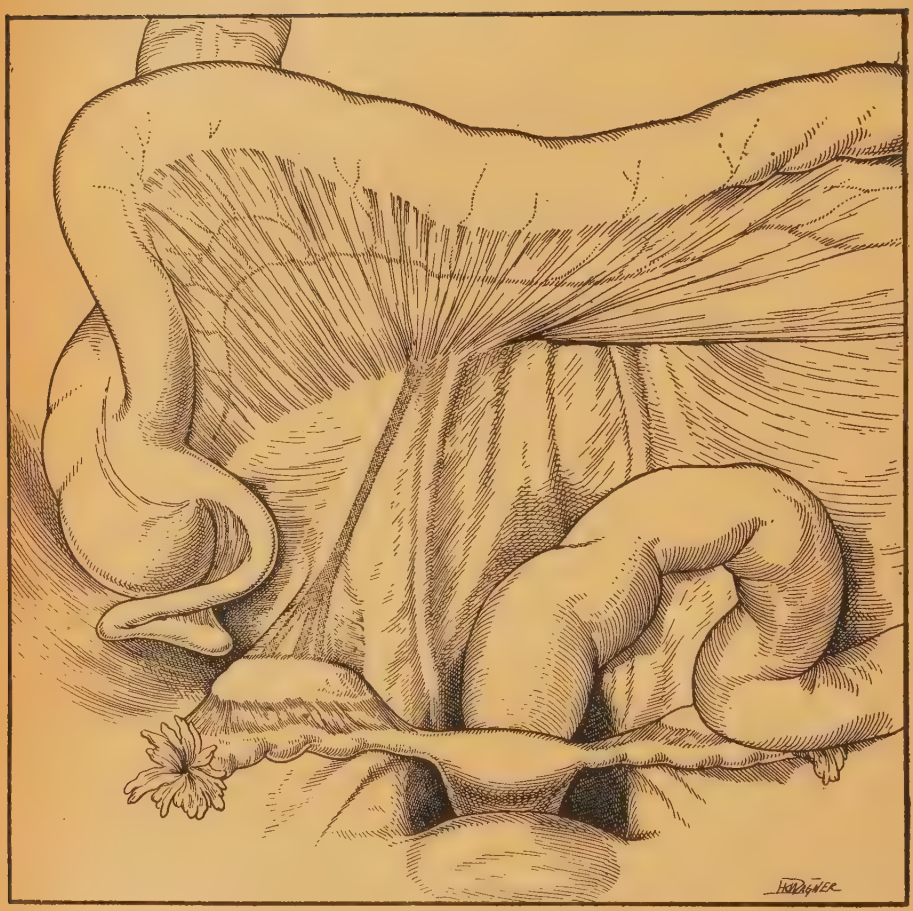
Les variations dans les aspects du ligament suspenseur nous ont conduit à l'examiner ensuite sur des fœtus autant pour voir si cette différence dans le développement du ligament suspenseur était d'ordre congénital que pour étudier la situation et la morphologie de l'ovaire et de ses moyens de suspension.

Nous avons examiné quinze sujets du sexe féminin, dont dix avaient été au préalable injectés au formol. L'injection a pour but de fixer *in situ* les dispositions de la séreuse, le péritoine forme en effet une pellicule très mince, particulièrement mobile sur les plans sous-jacents, et il est facile, si l'on ne se méfie pas, de faire apparaître en tirant, en érignant un organe de côté, un repli péritonéal, que l'on prendrait à tort pour une disposition normale. Tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude de la séreuse sur le fœtus insistent à dessein sur ces précautions à prendre.

Voici les résultats de nos recherches sur le ligament suspenseur de l'ovaire.

Les sujets mesuraient entre 54 et 20 centimètres.

Dans 8 cas, nous avons vu partir du bord inférieur de l'ovaire un petit méso très épais de forme triangulaire qui se perdait après un centimètre à un centimètre 1/2 environ dans le péritoine pariétal postérieur. A droite, le repli s'arrêtait bien au dessous du mésentère. Le bord postérieur se continuait avec les deux lames du péritoine de la paroi abdominale pos-



Sujet de 41 centimètres fixé au formol

Le ligament suspenseur est très épais, partant du bord inférieur de l'ovaire et de la trompe, il s'arrête à 1 centimètre au-dessus et se perd sur le péritoine pariétal postérieur. On peut suivre plus haut les vaisseaux utéro-ovariens qui cheminent derrière le péritoine, mais sans que le méso les accompagne.

Sujet de 45 centimètres, fixé au formol

pe de ligament suspenseur de l'ovaire long, on le voit dessiner un repli falciforme
inte supérieure, dans le cas qui nous occupe l'appendice côtoie l'extrémité du liga-
t ; en dedans s'aperçoit sous le péritoine la saillie de l'uretère.
dernière portion de l'intestin grêle a été érigée en haut

térieure ; le bord antérieur contenait les vaisseaux spermatiques internes qui, dans cette variété occupaient toujours, nous semble-t-il, le bord libre vertical du ligament. On les voyait nettement par transparence. La base se perdait sur l'ovaire et se prolongeait plus en dehors jusqu'au pavillon de la trompe. L'uretère s'apercevait par transparence ayant un trajet sensiblement parallèle et situé un peu en dedans du bord postérieur du ligament. Nous avons reproduit un des cas de ligament court.

Sept fois nous avons trouvé un ligament infundibulo-pelvien beaucoup plus développé. Il se présentait sous la forme d'un repli séreux triangulaire et falciforme. Sa base était insérée sur l'ovaire et pouvait aller jusqu'à mi-distance de la glande génitale et de l'utérus, la pointe se perdait insensiblement sur le péritoine pariétal mais elle remontait haut. A droite il est courant de la voir atteindre la racine du mésentère à la face postérieure duquel elle paraît se terminer. Le bord antérieur est libre, esquissant une légère courbure à concavité antérieure. Les vaisseaux utéro-ovariens que l'on voit très bien par transparence ont deux trajets. Ou bien ils cheminent à la base du repli qui se forme en avant d'eux, indépendamment de leur présence en quelque sorte, ou bien ils occupent le bord libre du petit méso péritonéal. Ces deux dispositions s'observent avec une égale fréquence. Il nous paraît donc assez difficile d'admettre que le repli séreux puisse être soulevé par le trajet du pédicule vasculaire puisque dans la

moitié des cas de ligament bien développé, ils occupent la base du repli. L'uretère reste toujours parallèle et interne à la direction du ligament.

Il aurait été intéressant de pouvoir suivre la disposition, l'évolution et les modifications de forme, de longueur et de développement que peut subir le ligament suspenseur avec l'âge, malheureusement l'absence de matériaux nous a mis dans l'impossibilité d'effectuer cette recherche.

De ces faits et surtout de la disposition congénitale de ligaments suspenseurs très longs, qui permettent dès cet âge des mouvements relativement étendus à la glande génitale, nous ne voulons pas conclure à une théorie en quelque sorte *congénitale* du prolapsus, mais de même que nous avions été frappés chez l'adulte par les variations de cette formation séreuse, de même l'étude du péritoine fœtal nous a montré avec une grande fréquence un méso gracile, allongé qui permettra la ptose de la glande génitale en arrière avec la plus grande facilité.

Les lésions de l'ovaire prolabé.

Les lésions anatomo-pathologiques que l'on peut observer dans le cas de prolapsus sont très variables et difficiles à interpréter. Nous devons d'abord éliminer tous les cas de lésions salpingo-ovariennes plus ou moins suppurées, il ne s'agit pas de prolapsus ; aussi, nous a-t-il paru qu'il fallait être très prudent dans la description des lésions. Nous ne

nous baserons que sur les observations où il s'agissait d'une façon manifeste de prolapsus douloureux et nous devons éliminer toutes celles qui se compliquent d'autres désordres indépendants de l'affection qui nous retient.

Nous verrons cependant que le fait pour un ovaire d'être prolabé est une condition favorable pour la localisation d'une infection atténuée et le développement d'ovarites, d'adhérences, et de réactions inflammatoires d'intensité variable.

Etat des ovaires.

Dans la très grande majorité des cas l'affection est bilatérale. Pour nous, nous avons presque toujours trouvé les deux ovaires prolabés. Souvent le gauche est plus prolabé que le droit ce qui tiendrait aux différences d'abouchement de la veine utéro-ovarienne. Les auteurs qui font jouer un rôle à la congestion vasculaire comme facteur de prolapsus s'appuient sur cette particularité.

Les ovaires prolabés peuvent être absolument sains. Pour Mundé dix-sept fois sur soixante-dix-sept les ovaires étaient sains, ce chiffre nous paraît trop élevé. Il nous semble qu'il faut distinguer les cas. Sans doute, si l'on examine systématiquement des femmes, on trouve assez souvent les ovaires perceptibles à la face postérieure de l'utérus, mais la femme n'accuse aucune douleur, ne se plaint pas de trou-

bles et il nc convient pas de ranger ces cas dans le prolapsus simple douloureux.

Le plus souvent les lésions qui ont été signalées font mention de congestion, d'hypertrophie de l'ovaire. Par suite de sa situation anormale, les vaisseaux qui aboutissent à la glande génitale sont déviés, la circulation artérielle continue bien à se faire, mais la voie de retour est gênée, d'autant que l'état avalvulaire des veines utéro-ovariennes contribue à cette mauvaise circulation de rctour ; il s'ensuit un état d'œdème, de stase que nous avons trouvé mentionné d'une façon régulière dans les observations de Stratz. A l'appui de ses constatations opératoires l'auteur nous donne les résultats d'examens histologiques pratiqués sur un ovaire enlevé pour prolapsus. « L'examen microscopique de l'ovaire a donné en dehors d'une augmentation de volume régulière une imprégnation séreuse du stroma et quelques hémorragies, Rien d'autre d'anormal ». Dans un deuxième cas, Stratz a constaté de la stase, qui s'est manifestée par de l'hyperhémie et de l'œdème ; une troisième observation du même auteur rend compte de la tuméfaction œdémateuse du tissu conjonctif. Il semble donc qu'on puisse trouver sur les ovaires qui paraissent gros macroscopiquement un état d'infiltration œdémateuse du stroma ovarien.

A côté de ces lésions de congestion et d'œdème tous les auteurs et nous-mêmes avons été frappés de la fréquence avec laquelle on trouve de l'ovarite scléro-kystique. Mauclaire dit avoir pour son propre

compte trouvé tantôt les ovaires prolabés « apparemment parfaitement sains, tantôt l'ovaire était scléro-kystique ». Labadie, Lagrave et Legueu notent la constance de l'ovarite scléro-kystique et ajoutent que « c'est là toute la lésion ».

Nous avons trouvé les ovaires augmentés de volume, leur surface était irrégulère, mamelonnée, soulevée de petites bosselures translucides constituées par des kystes. Un des examens de Stratz révèle les lésions histologiques habituelles en pareil cas : hypertrophie du stroma avec infiltration glandulaire et dégénérescence hyaline intense des vaisseaux et des petits follicules. Bref, ce sont toutes les lésions bien connues de la dégénérescence scléro-kystique.

Cette dégénérescence scléro-kystique est fonction des phénomènes de congestion vasculaire dont l'ovaire est le siège, elle n'est d'ailleurs pas particulière au prolapsus, mais y est très fréquente. On admet que dans sa pathogénie interviennent deux facteurs, la congestion d'une part qui tend à produire une réaction du tissu conjonctif et de la sclérose et peut être aussi une infection très atténuée. Quelle que soit la pathogénie de cette dégénérescence scléro-kystique, nous devons noter la fréquence de cette lésion vis-à-vis des ovaires en prolapsus.

Si l'affection date d'un certain temps, on trouve alors souvent les ovaires entourés d'adhérences. Celles-ci sont très variables. Mettant à part les cas d'ovarites ou de salpingites franchement inflamma-

toires tous les auteurs signalent la présence d'adhérences autour des glandes génitales. Dans une observation de J.-L. Faure, les ovaires occupaient dans le Douglas une véritable petite logette d'où l'opérateur dut les libérer, les glandes paraissaient saines et une fixation simple à la corne utérine fit cesser tous les accidents. Comme il s'agit souvent de femmes jeunes, on voit tout l'intérêt qu'il y a dans un examen attentif des ovaires qui permettra plus souvent qu'on ne le fait la conservation des glandes génitales.

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Très difficile à apprécier ; pour certains (Mauclaire), très fréquent. Munde sur 1.600 malades a pu sentir les ovaires cent quarante-cinq fois, soixante-huit fois ces organes étaient en position normale, soixante-dix-sept fois ils étaient en état de prolapsus, cet auteur pense que le syndrome prolapsus douloureux représenterait 1/20 des malades de la consultation gynécologique La fréquence nous paraît difficile à apprécier pour plusieurs raisons, tout d'abord il ne suffit pas qu'un ovaire soit prolabé pour créer le syndrome anatomo-clinique du prolapsus douloureux, aussi le nombre des ovaires qui sont tombés dans le Douglas est-il bien supérieur à celui de l'affection que nous avons en vue ; en outre nous devons distinguer les cas purs, ceux où l'ovaire prolabé attire et retient l'attention et ceux qui se compliquent d'une rétroversion ou d'une rétroflexion utérine. Cependant il est juste de dire que jusqu'à ces dernières années, on a peut-être un peu trop négligé les déviations de l'ovaire pour ne voir que celles de l'utérus et nous retrouverons en étudiant les symptômes le rôle possible de l'ovaire dans

certaines crises de douleurs où l'on a voulu tout interpréter en rapportant tout à l'utérus.

Il nous paraît en somme en ne retenant que les cas où le prolapsus constitue toute la maladie, que l'affectation est infiniment plus rare que ne le veulent les auteurs étrangers.

Age. — C'est à l'âge de la vie génitale, mais surtout de vingt-cinq à trente-cinq ans que nous trouvons des prolapsus douloureux, en nous rapportant à toutes les observations que nous avons compulsées.

La cause principale du prolapsus douloureux de l'ovaire nous paraît résulter dans l'insuffisance des moyens de suspension de l'organe.

En général, on se trouve en chirurgie en présence de 2 cas : ou bien il s'agit d'une nullipare et dans ce cas, il y a bien des chances pour que la malade soit très jeune, c'est dans cette première variété de faits que nous avons trouvé des malades âgées de seize ans. Les douleurs sont apparues peu à peu, sans cause nette, la malade ne fait qu'invoquer un surmenage physique momentané, accidentel, ou un changement de profession. Ou bien on se trouve en face de multipares et les accidents douloureux datent du dernier accouchement. Dans une de nos observations une femme après un premier accouchement se mit à souffrir de crises douloureuses provoquées sutout par la défécation et le coït et ces crises cessèrent quand elle fut enceinte une seconde fois. Après son second accouchement, l'examen nous montra, dans le Douglas, la présence d'une petite masse peu mo-

bile, qui était le siège d'une douleur exquise, très vive, l'intervention confirma notre diagnostic.

Le rôle de la *grossesse* comme facteur du relâchement des moyens de suspension de l'ovaire nous paraît très grand. Les ligaments ont été allongés par la grossesse et le phénomène de la régression des organes génitaux n'est pas complet. L'involution des annexes est plus tardive que celle de l'utérus et du fait de cette distension ligamentaire, l'ovaire se trouve quitter sa situation normale pour tomber dans le Douglas.

C'est l'opinion de Ward pour qui la cause la plus fréquente est la subinvolution qui se produit après l'accouchement, d'après Hennig l'ovaire a son plus grand volume juste après l'accouchement et malgré son involution, il reste plus lourd et plus gros qu'auparavant.

Chez les mullipares, il s'agit d'une disposition congénitale qui se traduit par une certaine débilité organique, une faiblesse générale des tissus ligamenteux. Aussi, est-il fréquent de trouver chez ces malades en plus de leur prolapsus ovarien, un relâchement de la paroi qui est flasque, un abaissement du foie, des reins et surtout un affaiblissement du plancher pelvien qui cause un état de dislocation dans la statique pelvienne. Dans ces cas, l'affaiblissement du plancher uro-génital est le fait primitif qui permet secondairement la rétrodéviation utérine et son abaissement par aplasie de son appareil ligamenteux. Il n'est pas rare de voir coïncider en cli-

nique, un certain degré de prolapsus génital avec le prolapsus de l'ovaire.

Ce relâchement, cette insuffisance des moyens de suspension nous semble la cause première, principale du prolapsus douloureux.

Mais nous devons pousser plus loin l'analyse. C'est que ce relâchement des ligaments de l'ovaire peut se faire indépendamment de toute grossesse, il peut se voir chez des *nullipares*.

Dans ces cas, il nous faut chercher la véritable cause du prolapsus dans une laxité anormale et *congénitale* des ligaments de l'ovaire. Nous avons déjà montré l'extrême variabilité d'un des principaux ligaments, le ligament suspenseur; c'est dans ce but que nous allons examiner toute une série de facteurs.

L'ovaire organe de développement précoce a une migration relativement tardive et n'occupe sa situation définitive que tard, à la naissance; par là même, il est sujet à de nombreuses anomalies dans sa position. La variabilité dans la longeur et la constitution du ligament suspenseur de l'ovaire nous paraît être un facteur sur lequel les auteurs n'ont peut être pas assez insisté. Sa longueur exagérée nous paraît la condition nécessaire de sa « dislocation ».

Il est un autre facteur sur lequel nous voulons aussi attirer l'attention, c'est la disposition anatomique du mésovarium. On sait qu'à l'état normal, l'ovaire est rattaché à la lame postéro-supérieure du ligament large par un repli péritonéal, aileron postérieur du ligament large par où lui arrivent ses vais-

seaux. Ce ligament est court et épais, il permet seulement à la glande génitale femelle de se mouvoir « comme un volet autour de ses gonds », suivant la comparaison classique de Vallin. Il nous a paru que sur les femmes atteintes de prolapsus, ce repli ovarien postérieur était allongé, mais nous ne saurions dire s'il s'agit d'un allongement congénital ou acquis et nos conclusions, à cet égard, seront beaucoup moins nettes que pour le ligament suspenseur. Au contraire, l'examen de quinze fœtus nous a toujours montré un ovaire solidement enchassé à la face postéro-supérieure du ligament large à laquelle il reste uni par un repli épais et court. Quoi qu'il en soit, la projection de l'ovaire hors du ligament large n'est pas un facteur négligeable.

Toutes les causes que nous allons envisager plus loin et qui restent sans effet sur un ovaire normal peuvent conduire à une modification de situation de la glande, quand cette dernière possède un système ligamenteux trop long ou trop faible et quand elle fait une saillie trop grande hors du ligament large.

La longueur des ligaments de l'ovaire n'est pas tout, leur *résistance* mérite d'être prise en sérieuse considération. A côté des vaisseaux, artères, veines, lymphatiques, nerfs qui les constituent et qui soulèvent la couverture séreuse, ils sont constitués par des fibres conjonctives et des fibres musculaires lisses. Pour le ligament suspenseur, ce sont les vaisseaux et surtout les veines qui forment sa masse

essentielle, mais les éléments conjonctifs viennent traverser, envelopper le pédicule vasculaire.

Ces éléments musculaires font partie du système sous-péritonéal décrit par Rouget, surtout développés chez l'enfant et la jeune fille, ils semblent en voie de rétrocession chez l'adulte.

C'est à leur sujet que Rouget qui a étudié comparativement ce système musculaire sous-séreux dans l'espèce animale et aux différents âges de la femme, écrit : « Les faisceaux musculaires au lieu d'être comme chez les animaux, condensés en ruban, sont étalés en membranes et au lieu de marcher isolément à distance du cordon vasculaire, ils le traversent, l'enveloppent, montent avec lui vers la paroi lombaire, se perdant graduellement dans le fascia propria par l'intermédiaire duquel ils se fixent à la paroi postérieure du tronc. Un certain nombre de ces faisceaux s'irradie dans le faisceau postérieur du ligament large et se portent en dedans vers l'utérus, faisceaux internes ; d'autres soulevant le péritoine en forme de pli, s'infléchissent en dehors à la hauteur de l'ovaire et s'attachent au pavillon, faisceaux externes, tandis que le plus grand nombre, faisceaux moyens accompagnant les vaisseaux jusqu'au hile de l'ovaire, en partie semblent pénétrer dans le hile de la glande, en partie traversent le bulbe érectile et continuant leur trajet dans l'aileron de la trompe, vont se perdre dans l'enveloppe contractile de ce conduit. »

On voit ainsi la part importante que prend cette musculature sous-péritonéale dans la constitution

du ligament large et des différents ligaments pelviens. A côté des dispositions purement individuelles qui font que ce système est très variable dans son développement, toutes les causes susceptibles d'atrophier ou de scléroser ces fibres lisses interviendront comme facteurs secondaires de prolapsus. Il nous a paru qu'il fallait insister sur le rôle des *poussées inflammatoires* au niveau du petit bassin. Il ne s'agit pas des poussées inflammatoires franches qui créent des lésions annexielles ou ovariennes suppurées, mais les petites crises de salpingite, d'ovarite, de métrite même, qui sont si fréquentes dans la vie génitale des femmes doivent être retenues. Et de fait, en poussant l'interrogatoire de nos opérées de prolapsus, nous avons toujours retrouvé des crises légères de douleurs ou des pertes blanches qui ont précédé l'affection elle-même. Il nous paraît infiniment probable que ces différentes causes inflammatoires provoquent un certain degré d'atrophie, de sclérose du système musculaire lisse sous-péritonéal, d'où résultera une distension des ligaments suspenseurs et de la ptose. Elles provoquent aussi un état de congestion du petit bassin, toutes les veines pelviennes sont notablement dilatées, veines hypogastriques, veines utérines, veines ovariennes, plexus utéro et vésico vaginal participent à cet état variqueux, le tissu cellulaire sous-péritonéal est œdémateux, légèrement infiltré. Et plus tard, quand tous ces phénomènes se sont apaisés, on ne trouve plus comme séquelles qu'un état lâche, flasque du péritoine dont

la couverture semble vraiment trop grande pour recouvrir des organes revenus à la normale. Les ligaments ont été distendus, ils ont participé à cet état inflammatoire, ils demeurent lâches et de mauvaise qualité.

Ainsi donc la faiblesse, l'insuffisance de l'appareil ligamenteux de l'ovaire est le facteur fondamental de sa chute.

Causes accessoires

Augmentation du volume de l'ovaire. — Nous n'aurons en vue que les augmentations de volume d'ordre physiologique qui se produisent au moment et après la période menstruelle. Mann rapporte un cas où les ovaires en prolapsus pendant les cinq jours qui suivaient les règles reprenaient leur place aussitôt ces dernières terminées.

Il semble d'après les observations que l'ovaire gauche soit plus souvent prolabé que le droit, et l'on est en droit de se demander, par analogie avec la glande génitale mâle s'il ne faut pas y voir une différence dans la circulation veineuse des deux côtés. A droite la veine utéro-ovarienne s'abouche à angle aigu dans la veine cave inférieure, à gauche, l'abouchement se fait à angle droit dans la veine rénale. Si l'on ajoute le fait que le côlon ilio-pelvien vient de ce côté se mettre plus ou moins en rapport avec le pédicule ovarien et a pu être invoqué comme cause de gêne à la circulation veineuse, on est conduit à se demander le rôle qu'il faut faire jouer à cet

état plus ou moins variqueux des veines utéro-ovariennes. Certains auteurs ont trouvé un certain degré de varicocèle tubo-ovarien qui pourrait contribuer à augmenter le volume de l'ovaire et à la faire basculer dans le Douglas. Pour notre part, bien qu'étant prévenus de l'existence et du rôle de cette lésion anatomique nous n'avons pas remarqué que le système veineux fut plus développé ou plus variqueux sur les femmes atteintes de prolapsus. Nous avons toujours été frappés au contraire, de l'état de gracilité de l'appareil ligamenteux.

Rétrodéviation utérine. — La rétrodéviation utérine est une lésion qui accompagne très souvent le prolapsus des ovaires, d'après Golspohn 95 o/o des cas de prolapsus ovarien s'accompagnent de rétrodéviation utérine. Le mécanisme est aisé à concevoir. Les ovaires dont la plupart des ligaments lui sont fournis par l'utérus n'ont guère en propre que le ligament infundibulo-pelvien, les autres lui étant donnés par l'utérus ou la trompe. Les moyens de suspension sont bien moins puissants que ceux de l'utérus ; aussi les ovaires sont-ils entraînés par la chute de l'utérus ; ils s'arrêtent d'abord au-dessus des replis semi-lunaires de Douglas, puis tombent dans le cul-de-sac. Les rétrodéviations utérines s'accompagnent donc à peu près toujours de prolapsus des ovaires, car le ligament infundibulo-pelvien finit par s'allonger. Mais nous n'avons en vue que le prolapsus simple de l'ovaire, prolapsus pur où la chute de la glande génitale peut être le seul

fait ou du moins seul l'élément prédominant. Nous laisserons de côté les prolapsus avec rétrodéviation utérine, nous contentant simplement d'étudier au traitement ce que deviennent les ovaires dans les procédés habituels d'hystéropexie.

Malformations du bassin. — Des malformations du bassin auraient été rencontrées par Stern et Goodell dans les cas de prolapsus ; le bassin serait anormalement large et surtout son obliquité normale serait modifiée. Notamment l'axe du détroit supérieur au lieu de rencontrer la ligne médiane aux environs de l'ombilic tend à se confondre avec celui du tronc. Les ovaires au lieu d'être situés sur un plan à peu près horizontal reposent congénitalement sur une surface oblique qui forme avec le sacrum un angle aigu. Dans ces conditions la pression des viscères abdominaux qui se fait sentir sur les ovaires tend à les prolaber dans le Douglas ; les mêmes auteurs mentionnent aussi le point d'attache du ligament infundibulo-pelvien sur un point de la paroi pelvienne plus antérieure qu'à l'ordinaire.

Il nous paraît que c'est aller chercher bien loin une cause au prolapsus de la glande génitale, cette dernière obéit à la statique de tout organe pelvien.

Toutes les causes qui ont pu être invoquées ou qu'on retrouve à la lecture de certaines observations étrangères ne nous retiendront pas davantage. Les efforts, les chutes, les traumatismes sont incapables à eux seuls de produire un prolapsus. Goodell insiste sur la fréquence du prolapsus chez les femmes maigres

et à paroi abdominale relâchée. Il faut qu'il y ait une faiblesse de l'appareil ligamenteux. A ce point de vue tous les efforts répétés journellement agissent et tendent à refouler l'ovaire comme tout organe pelvien avec le Douglas. C'est l'état de la musculature du périnée, de l'appareil ligamenteux de l'ovaire et de l'utérus, qui maintient ces organes en bonne place. Exceptionnellement, comme dans un cas de Saenger, à la suite d'une violente chute sur le siège une jeune fille de dix-neuf présenta tous les signes d'une rétro-flexion aiguë de l'utérus avec descente des deux ovaires. A l'occasion de la puerpéralité, les deux ovaires reprirent leur place et tous les symptômes disparurent.

En définitive, et en mettant à part les prolapsus de l'ovaire qui s'accompagnent de rétrodéviation marquée de l'utérus, la chute de la glande génitale nous semble essentiellement conditionnée par l'insuffisance des moyens de suspension de l'ovaire, allongement anormal, relâchement congénital ou acquis des ligaments suspenseurs de l'ovaire et des ligaments utéro-ovariens, longueur du mésovarien enfin faiblesse de la musculature sous-séreuse du bassin, toutes nous paraissent être les véritables causes du prolapsus. Le fait que la dislocation est bilatérale et simultanée, est en faveur de la théorie de l'insuffisance des moyens de fixité. Toutes les autres n'agissent qu'en tant qu'elles favorisent ou produisent cette insuffisance des moyens de suspension.

Il ne suffit pas d'ailleurs que l'ovaire soit prolabé pour que soit constitué ce syndrome anatomo-clinique que nous tentons d'individualiser. Nombre d'ovaires sont prolabés et ne traduisent leur situation anormale par aucun symptôme. C'est surtout le cas des prolapsus congénitaux, où les troubles douloureux sont rares, pour Rose, notamment les prolapsus congénitaux restent silencieux et la plupart des prolapsus douloureux sont des prolapsus acquis. D'après Hermann de Londres, il n'y a pas de fait où la modification de la situation d'un ovaire sain ait entraîné des troubles ; pour cet auteur la sensibilité de ces ovaires prolabés est imputable à un état de neurasthénie, et il en donne pour preuve qu'après un repos et un régime approprié la sensibilité disparaît bien que l'ovaire reste toujours prolabé.

Que le prolapsus douloureux de l'ovaire s'observe chez des femmes plus ou moins nerveuses et qu'il y ait dans leur état une part de *psychisme*, le fait n'est pas douteux. Ce sont souvent des ptosiques dont elles ont le système nerveux et nous ne saurions mieux comparer l'état de certaines qu'aux troubles psychiques que l'on observe chez l'homme dans le cas de varicocèle.

Mais les observations sont nombreuses et nous-mêmes avons observé des cas fort nets de femmes chez qui le prolapsus des ovaires entraînait des douleurs et des troubles indiscutables.

L'ovaire prolabé va être en effet le siège de multiples et de petits traumatismes incessants. Le côlon

iliо-pelvien et surtout le rectum sont intimement en rapport avec la glance génitale quand cette dernière est prolabée, d'autant que le degré plus ou moins marqué de rétrodéviation utérine vient encore augmenter les rapports, aussi les matières fécales viennent-elles plus ou moins irriter l'ovaire d'autant qu'elles sont souvent dures dans cette partie de l'intestin terminal.

La plus légère poussée inflammatoire fera presque nécessairement contracter des adhérences à la glande génitale et l'on devine la facilité avec laquelle peut s'enflammer un ovaire prolabé. Pour Ward, il faut invoquer le rôle des inflammations chroniques dans un organe où sa mauvaise position provoque une congestion, une stase de longue durée ; aussi est-il très fréquent de trouver l'ovaire entouré d'adhérences, les unes friables, légères, d'autres plus prononcées. Ward pense que l'infection atténuée sur un ovaire prolabé peut être cause de la dégénérescence kystique chronique et de l'hypertrophie du tissu conjonctif, lésions qui se rencontrent dans la maladie.

Pour expliquer les troubles et les douleurs que l'on observe et pour rendre compte de cet état œdémateux que les examens histologiques ont montré certains avec Stratz ont insisté sur les troubles circulatoires et émis deux hypothèses. Dans la première, les troubles circulatoires seraient primitifs, l'ovaire congestionné,et cette augmentation de volume de la glande jointe à un état de varicocèle tubo-ovarien

provoquerait la chute de l'ovaire. Nous avons vu ce qu'il convenait de penser de cette théorie toute hypothétique. Dans la seconde, la chute de l'ovaire se produirait et les troubles circulatoires ne seraient que secondaires et provoqueraient les lésions d'œdème. Que les modifications inflammatoires que nous verrons à l'étude des lésions soient le résultat du prolapsus ou que ce dernier se produise à la suite de la maladie de l'ovaire, la chose a, en elle-même, peu d'importance. Un fait demeure certain c'est que la glande est irritée et devient plus sensible par suite de la mauvaise position, qui l'expose à un traumatisme incessant pendant le passage des matières fécales et pendant le coït.

Geyl, s'appuyant sur un cas de prolapsus de l'ovaire en avant où il avait constaté un état œdémateux de la glande et une torsion du pédicule de l'ovaire a voulu faire jouer aux phénomènes de torsion une place importante autant pour expliquer les lésions d'œdème de la glande que pour rendre compte des douleurs. Or le cas de Geyl constitue une variété tout à fait rare, les manifestations de stase peuvent se produire dans l'ovaire par simple coudure des vaisseaux efférents sans qu'il soit nécessaire d'avoir une torsion du pédicule. Dans le cas de prolapsus la succession des phénomènes nous paraît être la suivante, la chute de l'ovaire cause son hyperhémie par stase, puis l'œdème s'ensuit et l'inflammation chronique est produite très facilement sur cet ovaire en situation anormale, congestionné, irrité

et comprimé par le côlon ilio-pelvien ou le rectum. La torsion pourrait évidemment se produire par le même mécanisme que pour les kystes de l'ovaire ou les tumeurs de cet organe, mais le petit volume de la glande d'une part, la brièveté de son ligament propre de l'autre rendent cette torsion bien plus rare. Et pour expliquer les douleurs, point n'est besoin de faire appel à des torsions complètes ou incomplètes, l'examen clinique nous montre que la glande irritée est assez sensible par elle-même et sans cause surajoutée pour rendre compte des crises de douleurs que l'on observe.

L'œdème n'est donc qu'un symptôme, d'ailleurs inconstant dû à la mauvaise vascularisation de l'ovaire prolabé. C'est cette position vicieuse et anormale qui expose la glande à toute une série de traumatisme et suffit à expliquer le syndrôme anatomo-clinique.

ÉTUDE CLINIQUE

Le prolapsus douloureux de l'ovaire revêt une symptomatologie fort variable, et à côté de certains cas nets dont nous avons retrouvé des observations ou que nous-mêmes avons pu constater, il est toute une série d'états douloureux avec crises paroxystiques survenant chez des femmes jeunes et atteintes de prolapsus utérins. Aussi convient-il d'être particulièrement prudent dans la description des symptômes propres au prolapsus douloureux. Il nous paraît tout d'abord que certains points méritent d'être précisés.

1° Il est des cas de prolapsus ovarien qui ne s'accompagnent d'aucun trouble ou qui présentent une symptomatologie très effacée, ce sont les prolapsus survenant chez les nullipares. Un ovaire sain prolabé dans le Douglas peut parfaitement ne s'accompagner que de quelques signes de tiraillement, de pesanteur dans le bas ventre, surtout accusés au moment des règles ou à l'occasion de fatigue. Nous nous sommes déjà expliqués sur la pathogénie des douleurs dans le prolapsus pour ne plus revenir sur cette question.

2° Un deuxième point qui vient un peu compliquer la symptomatologie est l'association aux signes du prolapsus de la glande génitale de ceux qui traduisent la rétroversion ou la rétroflexion utérine, cas de beaucoup les plus fréquents. C'est à ce sujet que Pozzi écrit « qu'une partie au moins des phénomènes nerveux réflexes souvent graves qui ont été notés dans certaines retroflexions sont dus à la compression problématique des nerfs du plexus sacré. Tel est le rôle du prolapsus des ovaires dont on ne saurait faire une maladie distincte ». Pozzi pense donc que le prolapsus ovarien ne saurait constituer à lui seul une affection. Les travaux à l'étranger d'une part, les thèses de Ruet de Nancy et de Marie Boussaud à Lyon, nos observations personnelles d'autre part nous ont montré d'une façon incontestable la réalité de l'affection ; le traitement conservateur qui a été opposé et qui a pour but d'éviter à l'ovaire toute compression vient apporter une preuve de plus à notre thèse.

D'ailleurs, on est en droit de se demander si parmi les symptômes attribués à la rétroversion utérine, certaines crises de douleurs qu'on voit parfois ne relèvent pas de *la compression* des ovaires prolabés.

3° Enfin, l'attention n'ayant pas été suffisamment attirée sur le prolapsus ovarien, beaucoup ont porté le diagnostic d'annexite et n'ont pas suffisamment analysé les symptômes.

Début de l'affection. — Le début est très difficile à préciser, en général on se trouve en présence d'une

multipare. C'est après un des accouchements que la femme a été prise de douleurs d'abord intermittentes et sans grands caractères, puis plus nettes, par crises qui l'ont amené à consulter. Très souvent on a pensé à de la salpingite par infection puerpérale. Dans un plus petit nombre de cas, il s'agit de multipares et le début des douleurs là aussi est très vague.

Parmi les signes *fonctionnels* qu'on observe, les uns relèvent de la position anormale de la glande génitale, ce sont les signes propres, d'autres beaucoup moins nets sont en rapport avec l'état de déficience de la musculature du périnée et de la rétroversion utérine souvent concomitante. Enfin toute une série de troubles nerveux nous paraissent devoir être mis sur le compte de la maladie de l'ovaire lui-même, ovarite simple ou scléro-kystique et comme le plus souvent l'affectation est bilatérale, l'insuffisance ovarienne qui en résulte se manifeste par une série de symptômes.

Douleurs. — C'est autour de la douleur que gravissent tous les symptômes et nous devons en étudier les modalités. Dans les formes nettes, les douleurs surviennent sous forme de crises et deux actes physiologiques, le coït et la défécation les provoquent. Les rapports sexuels, dyspareunie, des auteurs anglais et la défécation donnent lieu à la production de crises douloureuses assez analogues dont l'explication est aisée, tenant à l'irritation et au traumatisme de la glande génitale par les matières fécales du

défilé recto-sygmoïde ou par le pénis. Ces douleurs sont extrêmement vives, aigues, intolérables, apparaissant au début de l'acte physiologique, puis se prolongeant un certain temps après, souvent plusieurs heures. Les malades insistent sur leur caractère angoissant et l'examen physique montre bien qu'il s'agit de l'ovaire, car le toucher vaginal doucement pratiqué détermine des douleurs tout à fait analogues. Ces douleurs peuvent être comparées au point de vue de leurs caractères, de leur acuité et des signes qui les accompagnent, au pincement du testicule d'après Kee; Rigby les assimile aux douleurs de l'orchite.

Dans l'intervalle des crises douloureuses, la malade peut ne pas souffrir, mais pour peu que l'affection date d'un certain temps, même entre des crises douloureuses, persiste un certain endolorissement. Dans certains cas qui ont été publiés, les douleurs étaient nauséeuses et ont pu s'accompagner de vomissements. Au bout de quelque temps la marche elle-même et la station debout sont l'occasion de douleurs, c'est le cas d'une malade de Goodel qui, à l'occasion de promenades était prise de douleurs si vives et si subites qu'elle devait s'arrêter et se coucher. L'ovaire était comprimé entre la concavité du sacrum et la face postérieure de l'utérus.

Les *règles* sont souvent l'occasion d'une recrudescence des phénomènes douloureux, ou plus exactement nos interrogatoires nous ont montré que c'étaient surtout les jours qui précédaient les mens-

trues qui étaient particulièrement redoutés des malades. L'ovaire est à ce moment le siège de phénomènes de congestion bien connus et sa riche vascularisation vient encore ajouter aux douleurs.

Nous n'insisterons pas sur le fait que les crises paroxystiques étaient diminuées par certaines positions que trouvaient d'elles-mêmes les malades surtout pour les rapports sexuels. C'est en effet au cours des deux fonctions physiologiques du coït et de la défécation qu'apparaissent le plus généralement les douleurs et ceci nous semble assez caractéristique de l'affection, dans certains cas où les douleurs étaient remarquablement intenses, à caractère syncopal, nous pensions que la glande génitale devait être le siège d'adhérences inflammatoires ou bien nous émettions l'hypothèse d'une torsion possible de l'ovaire. Nous avons été frappés de trouver seulement un ovaire scléro kystique à peine adhérent que la fixation en bonne place avec cautérisations ignées suffit à rendre insensible. La présence d'adhérences tend à rendre les douleurs à peu près continues et à enlever à la malade le calme relatif qui sépare deux crises paroxystiques.

Comme nous le disions au début de l'étude des symptômes, la douleur avec toutes ses modalités est le seul signe propre et vraiment spécial au prolapsus de l'ovaire.

A côté de ces signes il en est d'autres beaucoup moins caractéristiques et qui nous paraissent relever de l'insuffisance des organes de fixité de l'utérus, et

de sa rétroversion ; les femmes se plaignent de fréquents besoins d'uriner,d'une sensation de pesanteur pelvienne. Ces troubles sont beaucoup plus en rapport avec l'insuffisance du plancher pelvien, avec un certain degré de rétroversion utérine qu'avec le prolapsus de l'ovaire proprement dit.

Il est rare qu'à la longue ne se surajoutent pas des signes d'ordre nerveux, ils relèvent pour une certaine part de ces douleurs qui peuvent arriver à faire de certaines malades des infirmes et pour une large part de l'ovarite concomitante dont sont atteintes les femmes, qui ont un prolapsus de la glande génitale : ovarite simple en rapport avec la congestion, hypertrophie fibro-vasculaire des glandes ovariennes, ou ovarite scléro-kystique. Ce sont alors des douleurs, à peu près continuelles, sans périodes de calme bien net, douleurs qui irradient vers la région lombo-sacrée, les aînes, les cuisses. Les troubles nerveux peuvent prendre une importance prépondérante et nous paraissent dus surtout à des modifications des glandes closes ovariennes, modifications se produisant sur un terrain névropathique prédisposant. C'était le cas d'une jeune fille de Munde qui avait des crises épileptiformes dues à un ovaire droit en prolapsus. Hermann de Londres insiste sur l'état neurasthénique de ces malades, véritables névropathes qui s'exagèrent l'intensité des phénomènes douloureux qu'elles ressentent. Sans jamais avoir rencontré de manifestations nerveuses aussi marquées, nous avons été frappé par l'état d'impression-

nabilité, d'irritabilité, de versatilité de caractère de ces femmes, qui passent sans cause et en quelques instants de la plus vive gaieté à la plus profonde dépression.

Ces troubles rappellent ceux de la ménopause anticipée et il nous semble tout à fait exagéré de vouloir les faire ressortir à la chute de l'ovaire ; c'est bien plutôt l'état anatomique de cet organe qui doit être incriminé. L'ovarite scléro-kystique s'accompagne souvent de troubles psychiques, de lassitude et de dégoût pour les efforts intellectuels physiques, ils se superposent en tous points à ceux que nous avons observés dans le prolapsus.

Les renseignements donnés par le *toucher vaginal* sont le plus souvent des plus nets pour peu que l'on pense à la possibilité de la maladie. Le doigt sent sur la face postérieure de l'utérus un petit corps arrondi, régulier, que le doigt peut contourner et limiter. Si les adhérences sont légères, l'ovaire forme une petite masse bien circonscrite, sinon elle est environnée d'une zone de limites vagues. Ce qui est caractéristique, c'est que le contact détermine une douleur vive, souvent nauséause, tout à fait analogue aux douleurs ressenties pendant la défécation ou le coït, parfois le contact de l'ovaire provoque une douleur « en bouton électrique ».

Les auteurs anglo-américains signalent l'utilité du toucher rectal pour apprécier mieux encore la tumeur ovarienne.

L'exploratio bi-manuelle viendra compléter l'exa-

men physique, montrant la situation exacte de l'utérus, appréciant son degré de rétro-déviation, il est rare qu'on le trouve en position tout à fait normale. L'affection est en général bilatérale, cependant un des deux ovaires est toujours le siège de douleurs plus vives que l'autre et c'est le gauche en règle général, c'est d'ailleurs celui qui se prolabe le plus bas.

La limitation bien circonscrite de la petite tumeur ovarienne, son siège et surtout la douleur aiguë au contact font faire le diagnostic assez aisément, un petit fibrôme sous-péritonéal et pédiculé de la face postérieure du corps de l'utérus se reconnaîtra à ce qu'il est beaucoup plus dur et moins douloureux au contact, la salpingite catarrhale forme une masse allongée transversalement dans un des culs-de-sac, les limites sont vagues, pâteuses.

Le diagnostic ne se pose pas avec l'utérus en rétroflexion, mais c'est plutôt en présence d'un utérus rétrofléchi qu'il convient de rechercher les ovaires, de voir s'ils ne sont pas prolabés dans le Douglas et s'ils n'expliquent pas les douleurs aiguës que l'on constate souvent au cours des utérus rétrodéviés en dehors de toute annexite concomitante.

Il convient enfin de se rendre compte de l'état du plancher pelvien, de rechercher un prolapsus vaginal qui a été parfois signalé dans les observations de prolapsus ovarien. L'état de la sangle abdominale sera noté.

L'intérêt du diagnostic, qui est facile pour peu qu'on pense à l'ovaire, tient surtout à ce que l'affection à une certaine tendance à s'aggraver. D'une part l'ovaire déplacé est le siège de poussées congestives qui appellent ou favorisent l'infection, il est le siège d'un processus d'ovarite à tendance atrophiante qui peu à peu étouffe l'élément noble glandulaire. D'autre part les douleurs qu'éprouvent ces malades, jointes à une perturbation de la fonction ovarienne tendent à faire de celles-ci des neurasthéniques.

La connaissance des crises douloureuses intermittentes au début et provoquées essentiellement par la défécation, le coït, ou les grands efforts, la constation de l'ovaire prolabé à la face postérieure de l'utérus suffisent à dépister la maladie à sa phase initiale.

TRAITEMENT

Les premiers auteurs qui ont observé en clinique des prolapsus douloureux de l'ovaire Rigby en 1850, Cleveland en 1877, ne pouvaient guère penser à cette époque à un traitement chirurgical et ils eurent recours à une série de petits moyens qui, à défaut d'une guérison radicale, pouvaient donner une amélioration momentanée. Ces méthodes thérapeutiques ne pouvaient que perdre du terrain avec les progrès de la chirurgie et nous ne les rappelons guère que pour mémoire.

Elles consistaient à traiter la constipation pour éviter le traumatisme de l'ovaire prolabé par le passage de matières très dures dans le côlon ilio-pelvien et le rectum. Quant au coït les malades y renonçaient d'elles-mêmes, s'il était très douloureux ou elles trouvaient des positions le rendant tolérable : Ces méthodes préconisaient les stations prolongées dans la position genu-pectorale, qui soulageaient les malades et pouvaient amener la réduction spontanée du prolapsus. On vérifiait le résultat par le toucher et s'il n'était pas obtenu, on tentait de faire la réduction manuelle. Pour empêcher l'ovaire de retomber

dans le Douglas, on avait recours au port d'un pessaire et nous trouvons inutile de revenir sur la description des différents pessaires préconisés par Cléveland, Munde, Meyer, Hodge, Thomas. On connaît les inconvénients des pessaires et les résultats en sont très aléatoires. Souvent ils étaient mal tolérés et on recourait à un tamponnement du cul-de-sac postérieur avec des tampons glycérinés.

Sans vouloir trop médire de ces petits moyens qui ont pu soulager des malades, ils ont donné des résultauts inconstants, précaires et Saënger, Hirst, Beyea, Ward rapportent des observations où ce traitement s'est montré nettement insuffisant et où après plusieurs semaines, il a fallu en venir à une intervention chirurgicale.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Ils sont extrêmement nombreux.

On a proposé d'abord des opérations radicales : les castrations faites à une époque où l'antisepsie était à ses débuts n'ont guère donné que des échecs.

La chirurgie conservatrice ne prit naissance que plus tard devant les troubles que présentaient les femmes chez qui on pratiquait la castration bilatérale et c'est alors qu'ont été imaginées et pratiquées les oophoropexies.

A vrai dire il ne s'agit pas d'une fixation véritable de l'ovaire lui-même comme pour le rein, c'est une pexie indirecte qui se fait par les ligaments de l'ovaire que l'on raccourcit ou que l'on insère en un point de la paroi abdominale.

Nous laisserons de côté les opérations faites par voie vaginale, elles sont forcément aveugles, insuffisantes et ne répondent plus aux besoins de la chirurgie moderne, qui doit tout faire au grand jour sous le contrôle de la vue.

Une oophoropexie doit répondre à certains désiderata :

1° Il faut soustraire l'ovaire aux phénomènes de compression, d'irritation qui causent les douleurs.

2° Il faut le mettre dans une situation qui le rapproche de sa position normale, en lui conservant une bonne circulation en vue de la disparition de cet état d'œdème dont font foi plusieurs examens histologiques.

Les rapports avec la trompe doivent être sensiblement normaux pour conserver la possibilité d'une fécondation ; plusieurs observations, où une pexie fut pratiquée des deux côtés, nous montrent que ce résultat peut être obtenu.

3° L'oophoropexie ne doit pas permettre un allongement ultérieur et la récidive de l'affection. A ce point de vue les suites opératoires sont particulièrement instructives, car si les femmes quittent en général l'hôpital très améliorées, il en est qui sont revenues plus tard et qui, après s'être crues guéries, ont vu réapparaître des douleurs nécessitant dans certains cas, une deuxième intervention.

Les opérations conservatrices de fixation de la glande génitale peuvent se classer en deux groupes. Dans le premier, on s'adresse au raccourcissement ou à la fixation des ligaments de l'ovaire et la glande génitale est ainsi remontée en une sitnation sensiblement normale : dans le deuxième, on ne touche pas aux ligaments de l'ovaire eux-mêmes, mais c'est la glande qu'on va faire reposer sur le feuillet antérieur du ligament large en situation antéligamentaire.

1° Les procédés qui s'adressent aux ligaments de l'ovaire peuvent viser les ligaments externes tubo

ou lombo-ovarien, ou le ligament interne utéro-ovarien.

Les procédés d'ordre externe se ressemblent un peu tous, ils consistent essentiellement soit à plisser le ligament suspenseur, soit à passer des fils en un point variable de l'orifice abdominal de la trompe et à aller saisir un repli du péritoine pariétal du petit bassin.

Saënger place deux fils, qui traversent l'aileron supérieur du ligament large près du pavillon de la trompe pour saisir un pli du péritoine pariétal voisinage du ligament large.

Le procédé de Goldspohn est tout à fait analogue. L'auteur passe un fil au milieu du ligament tubo-ovarien à 1/2 ou 1 centimètre du bord libre de l'ovaire ; ce fil va passer en dehors dans le bord interne du ligament suspenseur près de la ligne ilio-pectinée. L'ovaire et le fond de la trompe se trouvent suspendus sans être fixés directement l'un à l'autre, les deux organes conservant leurs rapports réciproques ont encore une certaine mobilité. Ces auteurs disent qu'ils ont pu suivre leurs opérées et constaté que les organes étaient étaient restés en place. Une malade de Saënger fut enceinte et put mener sa grossesse à terme.

Palmer plisse l'aileron supérieur du ligament large en passant un catgut à travers le bord supérieur du côté de l'utérus et un deuxième point du côté pelvien de l'ovaire prolabé. Les deux fils sont serrés.

Raccourcissement du ligament suspenseur

C'est Imlach qui le premier en 1885 eut recours à ce procédé opératoire, mais l'auteur se contentait de faire une simple boutonnière à la paroi abdominale, juste pour le passage de deux doigts, et d'attirer l'ovaire au dehors. Si les lésions ovariennes semblaient minimes, le ligament était traversé par une aiguille près de son croisement avec le détroit supérieur, le fil passait d'autre part à travers le hile de l'ovaire.

Nous n'avons cité Imlach que pour mémoire, l'intervention était relativement simple ; les résultats post opératoires sont connés d'une façon notoirement insuffisante.

En raison de l'importance du ligament suspenseur, de son rôle dans le maintien de la glande génitale en bonne position, de son allongement constant et parfois considérable, il était naturel de proposer son raccourcissement ou sa plicature pour élever et suspendre l'ovaire. Les auteurs anglo-américains reprenant le procédé primitif et assez grossier d'Imlach ont modifié un peu cette technique.

Beyea, dans un article relativement récent insiste sur la longueur anormale du ligament suspenseur dans le prolapsus de l'ovaire. Pour lui, le raccourcissement est le procédé de choix ; il est simple, rapide et facile à exécuter. Il suffit de passer un fil dans le ligament tubo-ovarien tout près de l'ovaire

et de placer l'autre point dans le ligament suspenseur plus ou moins haut suivant le degré de la chute. L'auteur a pratiqué cinq fois cette plicature ligamenteuse.

J.-L. Faure eut recours dans un cas à ce procédé, la femme ne souffrait plus un mois après l'intervention.

Hirst a pratiqué cette intervention quatre fois, il a pu revoir une malade deux ans après,les douleurs et les troubles fonctionnels avaient disparu et il y avait eu une grossesse menée à terme. La position de l'utérus, des trompes et de l'ovaire était toujours bonne.

Raccourcissement des ligaments utéro-ovariens

L'utérus est légèrement attiré en avant et du côté opposé à celui où l'on veut fixer l'ovaire, on tend ainsi le ligament utéro-ovarien et on a sous les yeux le petit cordon de 3 à 4 centimètres qui le constitue. Une aiguille fine et courbe pénètre à la face postérieure de l'utérus au niveau de l'insertion utérine du ligament, elle charge de la séreuse et une faible épaisseur de la musculature utérine pour ressortir juste en dedans du ligament. L'aiguille va prendre le ligament près de son extrémité ovarienne en le transfixant de bas en haut. La manœuvre est répétée deux à trois fois jusqu'à ce que la suture coure tout le long du ligament. Dès que les fils sont serrés,

le ligament ovarien est froncé et le pôle utérin de l'ovaire porté sous la corne de l'utérus. Le raccourcissement du ligament dépend de la distance où l'aiguille à piqué l'utérus et la formation ligamenteuse. Quand l'intervention est bilatérale on constate que les deux ovaires se trouvent situés au-dessous et en arrière de la corne utérine correspondante.

L'intervention est simple et rapide, il faut avoir soin de placer les points externes non sur l'ovaire lui-même, mais sur le ligament. La pénétration des fils de suture dans la glande génitale ne pourrait que contribuer à provoquer tout le long du trajet du fil perforant un processus de sclérose. Jaboulay et Dor avaient déjà signalé la formation autour des fils de suture de pseudo-kystes à contenu séreux.

Nous avons pratiqué la fixation de l'ovaire près de la cornée utérine chez 11 malades.

Bonney est partisan de cette intervention qu'il associe suivant les indication à l'hystéropexie.

Procédés de reposition de l'ovaire en situation antéligamentaire

Jusqu'ici l'oophropexie s'était faite en raccourcissant ou en plicaturant les ligaments de la glande génitale.

En 1903, *Mauclaire* décrit un procédé très simple et ingénieux pour soustraire l'ovaire à la compression qu'il subit dans le Douglas. Le ligament large étant attiré en haut et bien étalé, on fait au

niveau de son étage supérieur, un peu au-dessous de la trompe, à 2 ou 3 centimètres en dehors de l'angle utérin dans la partie avasculaire du mésosalpinx une petite boutonnière. A travers cette brèche séreuse, l'ovaire est attiré et placé en situation anteligamentaire ; il repose dès lors sur une couverture séreuse parfaitement saine, que lui constitue le feuillet antérieur du ligament large. Quelques points au catgut suturent finement la séreuse à l'extrémité du ligament utéro-ovarien près de son pôle génital.

Clifford Barrows en 1904 décrit un procédé tout à fait analogue. Alors que Mauclaire fait passer l'ovaire par une boutonnière au-dessous du ligament rond, Barrows le fait passer au-dessus et il y associe le raccourcissement du ligament infundibulo-pelvien et du ligament rond. Dans un premier temps, les ligaments ronds sont raccourcis par deux fines sutures de soie à la manière de Wylie, dans un deuxième temps, les ligaments infundibulo-pelviens sont aussi plicaturés. Cette double plicature dit Barrows a pour résultat de tendre les couches du péritoine situées entre les deux formations raccourcies, et l'ovaire est enterré au fond du Douglas et caché par tout ce voile séreux qu'on a jeté au-dessus de lui. C'est alors que dans ce pli tendu entre le ligament rond et le sommet du ligament large on fait une incision linéaire de un à deux centimètres et l'ovaire est attiré au travers de la fenêtre et placé sur l'écran.

Nous avons sommairement exposé les procédés

qui ont été employés pour pratiquer les oophoropexies, nous voudrions maintenant essayer d'en faire une critique et tâcher de dégager la technique qui, dans la majorité des cas, doit être recommandée : Nous avons dans ce but, dépouillé toutes les observations opératoires publiées et examiné surtout celles où les suites sont mentionnées. Nos observations personnelles et l'examen attentif des malades, que nous avons pu retrouver, nous ont été très précieux.

Comme toute pexie d'un organe, le résultat immédiat est en général favorable et ce sont surtout les suites éloignées qu'il faut prendre en considération.

Laissant de côté les plissements du ligament large à la manière de Saënger, premier procédé, ou de Palmer où le nombre des opérations pratiquées est vraiment trop peu important pour qu'on puisse se faire une opinion, nous nous trouvons en présence de trois techniques.

1° Le raccourcissement du ligament suspenseur de l'ovaire comme l'on fait Hirst et Beyea, J. L. Faure ; 2° le raccourcissement des ligaments utéro-ovariens et la fixation de l'ovaire près de la corne utérine à la manière de Gardner et Bonney; 3° les procédés de transposition antéligamentaire de l'ovaire, procédés de Mauclaire et de Clifford Barrows. Ce sont ces trois méthodes dont nous allons ébaucher un essai de critique.

Et tout d'abord si l'on prend connaissance des

opinions des auteurs anglo-américains, on voit que ceux-ci sont très partagés.

Le raccourcissement du ligament suspenseur de l'ovaire nous paraît mériter *a priori* certains reproches. Nous avons déjà insisté longuement sur son rôle et son importance dans le maintien en place de la glande génitale. Mais justement, nos constatations arrivent à trouver que c'est lui qui est déficient tout particulièrement dans le prolapsus et notamment sa gracilité, la faiblesse de sa couche conjonctivo-musculaire nous a frappés. Or, vouloir remettre l'ovaire en place en s'adressant à lui et en le plicaturant, nous paraît un peu illusoire, on ne peut que plisser les feuillets séreux qui le constituent. Le procédé donne un résultat immédiat, la chose est certaine, mais nous savons toute la facilité avec laquelle peuvent se distendre à nouveau et s'allonger les feuillets péritonéaux. Ward qui s'est particulièrement occupé du traitement du prolapsus insiste aussi sur ce que les ligaments externes de l'ovaire ne sont autre chose qu'une doublure du péritoine, qui tapisse de faibles éléments de tissu conjonctif, et qui, pratiquement, ne contient aucun élément musculaire ou fibreux. Cet auteur ajoute qu'on peut douter de la stabilité de l'opération dans l'élévation de l'ovaire, quand on raccourcit le ligament infundibulo-pelvien. De plus, en doublant ce ligament, il est difficile d'admettre qu'on ne fait pas subir une certaine compression au pédicule vasculaire, qui suit le ligament infundibulo-pelvien, la

veine ovarienne est déjà allongée et cette mauvaise vascularisation de l'ovaire prolabé rend compte de l'œdème que l'on trouve si souvent. Ward pense que le raccourcissement du ligament est capable de produire une gêne à la circulation veineuse.

Nous n'avons pas l'expérience de cette méthode opératoire et bien qu'approuvant un peu les critiques de Ward, nous avons trouvé des observations où le résultat obtenu a été bon et s'est maintenu ainsi.

La fixation de l'ovaire par le raccourcissement du ligament utéro-ovarien ne peut mériter ces mêmes reproches, le ligament n'est pas vasculaire et sa plicature ne saurait amener de troubles circulatoires. Comme le ligament suspenseur est allongé et que les vaisseaux ovariens participent aussi à cette élongation, le fait d'amener l'ovaire plus près de la ligne médiane, près de la corne utérine, tire les ligaments suspenseurs en dedans, les redresse et nous paraît une manœuvre excellente pour la bonne circulation de l'organe. Il n'y a pas à craindre la possibilité d'allongement ultérieur, d'une part les fils ont mordu légèrement mais fermement dans l'utérus près du bord inférieur du ligament ovarien, de l'autre ils ont solidement faufilé toute l'épaisseur du ligament ; il est d'ailleurs préférable d'employer de la soie fine, qui fixe l'organe d'une façon définitive. Les auteurs qui se sont adressés à cette technique ont été satisfaits de la constance des résultats et de leur durée. Nous avons opéré de la sorte 11 malades et sept fois

les résultats ont pu être vérifiés un certain temps après l'intervention, il étaient tout à fait encourageants et nous incitent à recommander cette technique.

Les procédés de Mauclaire et Clifford Barrows sont très employés en Amérique, nous l'avons utilisé quatre fois depuis 1910 ; et une de ces observations est particulièrement instructive. Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans qui fut opérée en octobre 1917 pour des crises douloureuses dans le bas-ventre, au toucher l'ovaire était perceptible dans le cul-de-sac postérieur et très douloureux. La laparotomie confirmait le diagnostic en montrant les deux ovaires en prolapsus complet et macroscopiquement sains, il n'y avait ni adhérences ni dégénérescence sclérokystique. Les ovaires furent fixés en position antéligamentaire. En janvier 1919, cette femme était reprise de nouvelles douleurs très vives, qui l'amenaient de nouveau à consulter et à solliciter une nouvelle opération. En mars 1919, on trouvait des adhérences multiples autour des deux ovaires et tout un magma inflammatoire qui nous mettait dans la nécessité de pratiquer une hystérectomie.

Dans un cas de Clifford Barrows, une des opérées continuait à souffrir de douleurs intenses et à une seconde opération on trouvait une pelvi-péritonite avec adhérences, Clifford Barrows les met sur le compte d'une gonorrhée contractée après l'opération. Une autre de ces malades continuait aussi à souffrir.

Ces résultats ne sont pas particulièrement encourageants et notre maître, M. le professeur agrégé Mauclaire ne préconise plus la transposition antéligamentaire, préférant la fixation de la glande à la corne utérine. Faut-il invoquer, pour expliquer certains cas de douleurs persistantes, une légère torsion de la glande autour de son axe, quand on la porte en avant ; s'agit-il d'une compression du hile ovarien par la boutonnière du ligament large qui peut se rétrécir ultérieurement. Ces hypothèses sont plausibles ; il nous semble que ce procédé ne met pas l'ovaire dans une bonne situation au point de vue de sa vascularisation et cette condition est de première importance.

Sans vouloir condamner le raccourcissement du ligament suspenseur de l'ovaire, qui a donné des résultats satisfaisants, nous optons nettement pour la fixation de l'ovaire près de la corne utérine en raccourcissant le ligament utéro-ovarien. Nos observations personnelles et celles de Gardner et Bonney sont tout à fait en faveur de ce procédé.

INDICATIONS OPERATOIRES

Les indications opératoires sont difficiles à poser et il y a intérêt à distinguer les cas qui se présentent en pratique. Nous ne saurions trop répéter que chez maintes femmes ne se plaignant d'aucun trouble, les ovaires peuvent être trouvés en état de prolapsus. Tous les troubles subjectifs, d'ordre nerveux qu'ac-

cusent les malades ne doivent pas être tenus en grande considération ; les uns relèvent du défaut du fonctionnement des ovaires comme glandes à sécrétion interne, les autres sont dus à un état de nervosisme, d'impressionnabilité qu'on trouve souvent chez les femmes ptosiques et qui les font exagérer leurs symptômes. Une des observations de Barrows est très instructive. Une malade opérée par son procédé continuait à souffrir ; en la réopérant, on ne trouva rien d'anormal, l'ovaire fut cependant enlevé, il ne présentait histologiquement que des modifications du tissu conjonctif ; malgré cette castration, la malade ne fut pas soulagée. Il faut donc savoir ne pas attribuer trop d'importance aux phénomènes qu'accusent ces malades. Ce qui est beaucoup plus important, c'est la constatation au toucher d'une masse constituée par la glande génitale et qui est le siège d'une douleur au contact.

Il convient avant de conseiller une intervention, de peser les conditions d'âge, de situation sociale, de rechercher s'il n'y a pas d'autre ptose viscérale, en un mot, il faut savoir distinguer les cas cliniques qui sont loin d'être tous superposables. En pratique les cas de prolapsus doivent être rangés en trois catégories que nous verrons séparément :

1° *Le Prolapsus de l'ovaire primitif* ne se compliquant pas de rétroversion utérine marquée ou d'une lésion salpingienne concomitante, c'est de beaucoup le cas le plus rare. Il s'agit de femmes qui ont des tissus se relâchant facilement et nous pensons dans

cette classe à une prédisposition anatomique d'ordre congénital, faiblesse spéciale des moyens de fixité de l'ovaire. On pratiquera une double oophoropexie, car l'affection est bilatérale ;

2° Le prolapsus de l'ovaire s'accompagne d'une *rétroversion de l'utérus*, celle-ci est le plus souvent primitive, les ovaires sont entraînés avec l'utérus et suivent sa chute, c'est le cas le plus fréquent. Il convient de se rendre compte si l'hystéropexie qu'on pratiquera suffit à reposer les ovaires dans leur situation normale. Il est loin d'en être toujours ainsi et par suite de l'allongement de tous les ligaments, malgré la reposition de l'utérus en antéflexion, les ovaires peuvent parfaitement rester prolabés ; une simple hystéropexie est tout à fait insuffisante. Bonney prétend qu'au contraire les douleurs ovariennes ont plutôt tendance à s'exagérer, et il associe à l'hystéropexie le raccourcissement du ligament utéro-ovarien.

Goldspohn prétend que les résultats éloignés sont meilleurs dans les cas, où il a replacé à la fois utérus et ovaires, que ceux où il a replacé seulement l'utérus.

Nous pensons que dans le traitement des rétroflexions uterines on a trop souvent négligé de vérifier la situation de l'ovaire et nous n'avons pas hésité dans ces cas à joindre à l'hystéropexie la fixation de la glande près de la corne utérine. Les résultats obtenus sont si encourageants que nous sommes bien décidés à poursuivre cette conduite ;

3° Jusqu'ici les ovaires étaient apparemment sains,

nous devons envisager un troisième groupe de faits où le prolapsus se complique d'une maladie de la glande génitale, parfois de la trompe, c'est avant tout de l'*ovarite scléro-kystique* et des adhérences plus ou moins développées.

Dans de tels cas, il ne faut pas se dépêcher de conclure à la nécessité d'une castration, la double salpingo-oophorectomie chez des femmes jeunes donne de fâcheux résultats. Pour juger de l'utilité de la castration, ce sont beaucoup plus les adhérences inflammatoire péri-ovariennes et péri-tubaire qui seront prises en considération, que l'état de l'ovaire lui-même. Il ne faut pas, bien entendu, laisser les ovaires au contact du péritoine enflammé d'où on vient de les libérer, mais on les placera dans une région éloignée du foyer inflammatoire.

Contre l'ovarite scléro-kystique, nous employons la résection partielle des portions malades suivie d'une suture par un fin surjet hémiostatique et nous ajoutons suivant les cas des pointes de feu.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Saenger, *Central blatt. f. gynécologie*, 1876, nº 9

Journalière, trente et un ans, accouche une fois sans secours il y a eu six ans.

Avorte une fois au sixième mois.

Etat actuel. — Incapacité de travail. Est à la polyclinique depuis décembre 1894.

Diagnostic. — Rétroversion utérine. Prolapsus des ovaires.

Périoophorite chronique double. Les deux ovaires sont très augmentés de volume. Surface tomenteuse. Ils sont sensibles à la pression.

Après un traitement symptomatique sans succès pendant quelques mois, on pratique la cœliotomie en vue de libérer les ovaires de leurs adhérences et de les fixer en position normale.

Les deux ovaires sont reliés entre eux par des adhérences filiformes, nombreuses, facilement séparables. Des deux côtés, un certain nombre de kystes folliculaires gros comme des cerises ponctuent leur surface. On fait six ignipunctures à gauche, quatre à droite. Ensuite, pelvi la fixation.

On place au niveau du bord libre du ligament infundibulo pelvien, qui est toujours allongé dans le prolapsus à environ 4 à 5 millimètres de l'ovaire, deux fils l'un à côté de l'autre et on les fixe comme dans le premier procédé de Saenger à un pli du péritoine, pariétal, tout près du ligament suspenseur.

Les ovaires étaient revenus en situation normale. La convalescence fut normale. Les troubles antérieurs disparurent. Les examens ultérieurs montrent les ovaires restés en bonne situation. Entre temps la femme conçut de nouveau. Elle est au sixième mois de sa grossesse.

OBSERVATION II

Saenger, *Central blatt f. gynécologie*, 1896, p. 9

Journalière trente-quatre ans, 5 grossesses normales, la dernière en novembre 1893.

Etat fébrile, soignée comme métrite pendant quelques semaines, est à la polyclinique depuis un an.

Diagnostic. — Déchirure bilatérale du col au deuxième degré, endométrite cervicale, résidus cicatriciels de paramétrite gauche. Rétroversion utérine. Prolapsus des ovaires. Périoophorite double. La patiente a été traitée toute une année sans résultat ; c'est pourquoi elle accepte volontiers une intervention radicale.

Le 14 juillet 1895. — Cœliotomie en position haute du bassin. Le petit bassin était rempli de liquide d'ascite. Les ovaires étaient mobiles sans kystes saillants. L'utérus fut porté en avant et fixé des deux côtés au moyen de deux sutures au fil de soie placées au travers des cornes utérines, contre la

paroi abdominale antérieure latéralement à la ligne médiane.

Les annexes qui se trouvaient dans le Douglas furent attirées isolément et fixées à la paroi latérale du bassin par le procédé suivant : on place deux sutures de fixation à la soie fine qui traversent le méso salpynx près du pavillon de la trompe et vont s'attacher à un pli du péritoine pariétal du petit bassin soulevé avec des pinces au niveau du ligament suspenseur de l'ovaire.

L'ovaire se trouve ainsi ramené à sa position normale.

La convalescence fut normale. A un examen ultérieur, l'utérus très rapetissé se trouvait bien antéfléchi. Les ovaires étaient difficiles à atteindre latéralement, les troubles subjectifs ont tous disparu.

OBSERVATION III

Binkley, *Tram. of gynécol. Soc. of Chicago*, 1893
The Ass. Journ. of obstet. 1893, p. 256

Femme de quarante-quatre ans, mariée depuis vingt ans ; une enfant de dix neuf ans. Une seule grossesse. Réglée régulièrement, règles légèrement douloureuses ; constipation marquée, douleurs s'étendant du côté gauche dans la cuisse, indigestion, céphalées fréquentes et intenses, insomnies. Six ou sept ans auparavant, crise de cellulite pelvienne. Diagnostic : prolapsus des deux ovaires, avec ovarite chronique.

1er mars 1892. — Opération, les deux ovaires et les trompes sont enlevées à travers une incision faite dans le cul-de-sac de Douglas. Température d'abord 100 pas au-dessous de 99 degrés. Part guérie le vingt-cinquième jour.

OBSERVATION IV

F. Fyfe, *Glascow Médical Journal*, 1900

Oophorectomie for prolapsed ovary. Recovery

En octobre 99, je fus consulté par Mme B. C. pour une douleur intense, continue dans la région hypogastrique du côté gauche et dans le pelvis, qui la torturait depuis trois mois.

Antécédents personnels. — Depuis deux ans la malade souffrait ; elle accusait aussi une sensation de boule purement de nature hystérique.

A mon arrivée en novembre 1899, elle souffrait d'une douleur intense dans la région sacrée et dans le petit bassin, parfois des deux côtés ; mais surtout à gauche. La douleur, quand elle arrivait à son paroxysme, produisait une céphalée violente, des nausées et parfois un évanouissement. Ces crises étaient aggravées par les règles.

A l'examen externe, on voit peu la cause de la douleur, sauf quand on déprime la région hypogastrique gauche ; mais en faisant le toucher vaginal, on sent un corps oval, distinctement délimité, se trouvant dans le cul-de-sac de Douglas, dont le contact, même très léger, détermine une douleur syncopale.

L'utérus est légèrement rétrofléchi.

Le corps ovoïde que l'on sent si distinctement et qui donne alors lieu à une douleur syncopale laisse supposer qu'il s'agit d'un ovaire prolabé, congestionné et adhérent. Je pensais que le prolapsus était plus prononcé depuis deux ans, date à laquelle sont apparues les crises d'hystérie.

Devant ces faits, on décide l'intervention mais on met d'abord la malade au repos au lit pendant trois semaines pour la remonter ; car ses forces étaient très diminuées. Pendant ces trois semaines la douleur ne s'est pas atténuée. La malade recouvre des forces, mais reste très nerveuse. Le 3 décembre on pratiqua une intervention, qui confirma le diagnostic. On trouva l'ovaire gauche prolabé dans le Douglas, adhérent au péritoine et congestionné. Les adhérences étaient lâches et facilement décollables, sans provoquer de petites hémorragies. Ablation de l'ovaire. L'examen pratiqué après son excision montra un ovaire kystique.

Suture de la paroi au catgut chromé.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Disparition de la douleur le cinquième jour après l'opération et la malade est actuellement capable de se livrer à ses devoirs habituels de ménage, libérée complètement de ses douleurs intolérables.

OBSERVATION V

(Beyea; *The surgical elevation and conservation of the prolapsed ovary and tube. American Medecin*, 1902, t. I, p. 1087).

Mrs A. E..., trente et un ans, opérée en octobre 1899. La trompe droite et l'ovaire étaient adhérents ; la lumière de la trompe fermée. L'ovaire gauche fortement adhérent à la surface postérieure du ligament large. Lumière de la trompe obturée. L'utérus étant rétroversé au troisième degré et rétroptosé. Libération des adhérences de la trompe droite,

salpingotomie et adnexopexie. Salpingotomie de la trompe gauche, l'ovaire non lésé. L'utérus fut ventrofixé sans difficulté. Le col réparé. Convalescence normale. Un pessaire fut introduit pour maintenir la position antérieure de l'utérus. A l'examen dix-huit mois après l'utérus fut trouvé placé en bonne position et mobile. L'ovaire gauche aussi adhérent qu'auravant. A droite, mobile et en bonne position. La malade était guérie de tous ses symptômes précédents.

OBSERVATION VI (Beyea, *id.*)

Mrs N. A..., âgée de vingt-quatre ans, opérée en 1899. Les deux trompes et les ovaires prolabés et adhérents. L'ovaire gauche de la dimension d'une grosse noix par suite de la présence d'un corps jaune kystique. Le canal de la trompe perméable et l'utérus en bonne position. Libération des adhérences, ouverture du kyste du corps jaune et suture de la paroi du kyste à la surface ovarienne avec du catgut. Adnexopexie des deux côtés. Convalescence normale. Examen deux ans plus tard montre les trompes et les ovaires palpables en position normale, non sensibles et mobiles. Les symptômes disparurent et la malade gagna 10 livres de son poids.

OBSERVATION VII (Beyea, *id.*)

Mrs A. J..., âgée de trente-cinq ans, opérée en décembre 1899. Gros pyosalpinx adhérent du côté gauche, adhérent au plancher pelvien et à la paroi abdominale. Ovaire et

trompe prolabés du côté droit, mais ne semblant pas malades. Salpingo-oophorectomie du côté gauche et libération des adhérences du côté droit avec adnopexie. Examen un an plus tard montre l'utérus en bonne position et mobile. La trompe droite et l'ovaire non palpables. Les symptômes disparurent à part quelques douleurs légères, un jour avant les règles.

OBSERVATION VIII (Beyea, *id.*)

Mrs L. B..., âgée de vingt-huit ans, opérée en novembre 1900. Les deux trompes et ovaires étaient adhérents et prolabées, l'ostium de la trompe obturé et hématosalpinx du côté gauche. Salpingotomie et adnexopexie des deux côtés ; appendicectomie. Convalescence normale. Deux ans après l'opération, la malade gagne plusieurs livres de son poids et était en excellent état.

OBSERVATION IX (Beyea, *id.*)

Mrs J. F..., âgée de trente ans, opérée en janvier 1901. Rétroversion du troisième degré, les deux trompes et les ovaires adhérents et prolabés. Situation des adhérences et adnexopexie des deux côtés. Guérison.

OBSERVATION X (Beyea, *id.*)

Mrs N. E. V..., trente-deux ans, opérée en novembre 1907. Les deux trompes et les ovaires adhérents et prolabés. La trompe droite obturée et l'utérus rétroversé au 3e degré. Libération des adhérences, salpingotomie de la trompe droite, adnexopexie des deux côtés, ventrosuspension de l'utérus.

Convalescence normale. Trois mois après, disparition des symptômes douloureux et augmentation du poids.

OBSERVATION XI (Beyea, *id.*)

Mrs W. J..., vingt-neuf ans, opérée en mai 1902. Rétroversion du troisième degré. Trompes et ovaires adhérents et prolabés ; occlusion de l'ostium abdominal de la trompe. Libération des adhérences ventrosuspension, salpingotomie et adnexopexie des deux côtés. Convalescence normale. Disparition des symptômes.

OBSERVATION XII (Beyea, *id.*)

Mrs F. B..., vingt-trois ans, opérée en mai 1902. Rétroversion du troisième degré avec des trompes et ovaires adhérents et prolabés. Libération des adhérences, ventrosuspension et adnexopexie des deux côtés. Convalescence normale. La malade est améliorée et débarrassée de ses troubles.

OBSERVATION XIII (Beyea, *id.*)

Mrs K..., trente ans, opérée en août 1902. Hypertrophie du col ; ovaire kystique adhérent prolabé à gauche et un ovaire prolabé, folliculaire et adhérent à droite. Salpingite interstitielle de la trompe gauche, salpingite catarrhale à droite. Salpingo-oophorectomie à gauche et libération des adhérences et adnexopexie à droite. Convalescence normale. La malade est encore à l'hôpital.

OBSERVATION XIV

(Mauclaire, *Semaine gynécologique*, 1903.)

Prolapsus ovarien douloureux

Jeune femme de vingt-trois ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1903. Cette malade est accouchée normalement en février 1902. Depuis les règles sont peut-être plus abondantes qu'auparavant. De plus, pendant la marche, survint d'une façon irrégulière, une douleur dans la fosse iliaque droite. Peu à peu, les douleurs se localisèrent dans la région hypogastrique. C'était une sensation de tiraillement, de pesanteur sur le périnée. C'était une douleur sourde, continuelle, se calmant pendant la position couchée, augmentant au moment de la défécation et pendant les rapports sexuels.

Depuis un an, ces douleurs n'ont pas diminué d'intensité ; au contraire, tout récemment, elles se compliquèrent de coliques utérines qui rappelaient à la malade les douleurs prémonitoires de l'accouchement.

Les pertes blanches concomitantes étaient peu abondantes.

Fatiguée par cet état douloureux, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen de l'abdomen, les parois paraissent un peu relâchées.

Du côté de la vulve, il n'y a pas d'effondrement du plancher péritonéal, ni de déchirure de la fourchette.

Au toucher vaginal, le col n'est pas prolabé il est dévié un peu avant et peu volumineux. L'orifice présente une déchirure à gauche, il n'est pas ouvert outre mesure. On ne

sent pas le fond de l'utérus au-dessus de la symphyse, il est déplacé en arrière, en rétroversion et volumineux.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse globale, représentée par le fond de l'utérus et se continuant sur les côtés dans les culs-de-sac latéraux avec de petites masses arrondies, sensibles au toucher ; ce sont les ovaires et les trompes prolabés, paraissant légèrement augmentés de volume.

La malade est laissée au repos plusieurs jours ; on répète l'examen pour bien établir qu'il ne s'agit pas d'une « neurasthénie génitale ».

On se décide à pratiquer une intervention, c'est-à-dire la transposition antéligamentaire et l'hystéropexie par affrontement.

Les résultats de l'opération ne sont pas indiqués, mais dans un numéro paru postérieurement, M. Mauclaire dit avoir pratiqué sept fois cette opération, avoir revu quatre de ses malades, chez lesquelles les douleurs étaient complètement disparues.

Les trois autres ne sont pas revenues le consulter.

OBSERVATION XV

(Rose de Hambour, *in Zeutr. f. Gynæck.*, 1907.)

Femme de trente-deux ans qui à la suite d'un premier accouchement souffre d'une rétroflexion de l'utérus mobile et d'un prolapsus de l'ovaire soigné au début par un pessaire. Accouchement au forceps le 30 octobre 1902.

Entre première et deuxième grossesse, on parvint à éviter les troubles de la chute de l'ovaire et la rétroflexion avec un

pessaire de Thomas. A la suite du deuxième accouchement, chute de l'utérus très marquée malgré le pessaire.

Après le 28 mai 1904, accouchement normal. L'utérus rétrofléchi peut être ramené en bonne position, mais même quand l'utérus était placé en avant, l'ovaire gauche augmenté de volume restait très sensible, siégeant très bas dans le Douglas.

Tout pessaire provoquait des douleurs insupportables, et sans anneau le prolapsus augmentait encore, s'accompagnant de douleurs très vives.

Devant l'acuité des douleurs, on se décide à intervenir le 4 octobre 1905.

Le malade ayant une hernie inguinale gauche, on propose l'opération d'Alexander, éventuellement, l'ablation de l'ovaire gauche et une colporraphie. Devant le refus de la malade, on se décide à intervenir par voie vaginale.

Par la colpotomie antérieure, l'auteur trouva un ovaire macroscopiquement normal; il ne voulut pas l'enlever et le fixa à l'utérus suivant son procédé.

Evolution sans incidents. La malade ne souffre plus de son ovaire gauche, qui est maintenant indolore et siège, comme le ferait un myome sous-séreux à court pédicule, à la face postérieure de l'utérus.

L'opération datant d'un an et demi, on peut parler d'un résultat durable.

OBSERVATION XVI

Ward, *Treatment of prolapsed ovary* (*Journ. of An. M. Ass.*, 2 nov. 1907, vol. XLIX, n° 18, p. 1507-1512).

Mme J. L..., trente-quatre ans, a souffert de symptômes de douleurs ovariennes depuis la naissance d'un enfant il y a

quatre ans. La dyspareunie interne était si intense que la malade partit à l'étranger pour éviter les rapports conjugaux. L'examen révéla un ovaire gauche prolabé, douloureux, augmenté de volume avec un utérus rétroversé. La portion kystique de l'ovaire gauche fut réséquée et l'organe fut passé à travers le ligament large. Les ligaments ronds furent raccourcis par la méthode de Wylie. Le résultat fut la disparition complète de la dyspareunie. L'ovaire est facilement palpable dans sa nouvelle position, sauf qu'il est anormalement sensible pendant les règles.

OBSERVATION XVII (Ward, *id.*).

Mme C. H..., âgée de vingt-cinq ans, un accouchement il y a quatre ans. Il y a une douleur constante dans le bas ventre à droite, très intense pendant le coït et la défécation et pendant les règles; elle souffre de vomissements réflexes dix à quinze fois par jour pendant ses périodes menstruelles. L'utérus fut trouvé en rétroversion et l'ovaire douloureux droit augmenté de volume et reposant dans le cul-de-sac de Douglas. La chirurgie plastique fut pratiquée sur l'ovaire droit qui fut transposé d'après la méthode de Barrows et les ligaments ronds raccourcis. L'auteur l'a réexaminée le 29 mai 1907 et le résultat fut la complète disparition de toute douleur. Le vomissement d'origine réflexe a disparu à peu près complètement. L'ovaire peut être senti dans sa nouvelle position avec facilité.

OBSERVATION XVIII (Ward, *Id.*)

Mme N. D..., âgée de trente ans, multipare, a une douleur pelvienne constante et de la dyspareunie.

Diagnostic. — Utérus subinvolué prolabé et les deux ovaires dans le cul-de-sac. Les ovaires furent ponctionnés et les petits kystes réséqués ; on fit une double transposition. Les ligaments ronds furent raccourcis en plus du curettage et de la périnéorraphie. Actuellement le résultat est aussi satisfaisant que possible.

OBSERXATION XIX (Ward, *id.*)

Mme M. R..., âgée de trente ans, multipare, se plaint de douleurs pelviennes intenses, surtout du côté gauche, douleurs de reins, douleurs pelviennes et leucorrhée. Les deux ovaires étaient prolabés, le gauche étant augmenté et le plus bas ; *col déchiré et faiblesse du plancher pelvien.* L'ovaire gauche fut enlevé, sa conservation ne semblait pas utile et le droit transposé. Le col fut amputé et le plancher pelvien restauré. Une lettre reçue dernièrement affirme qu'actuellement la malade est guérie.

OBSERVATION XX (Ward, *id.*)

Mme C. P..., âgée de vingt-cinq ans, multipare, souffre de dyspaneurie grave, douleur constante dans les deux régions inguinales et dans le bas du dos, douleurs pelviennes.

Diagnostic. — Prolapsus des deux ovaires avec adhérences. A l'ouverture de l'abdomen, la trompe gauche et l'ovaire gauche sont trouvés au milieu d'adhérences et très endommagés, on les enlève.

L'ovaire droit moins malade fut transposé. L'utérus fut suspendu car les ligaments larges étaient pendants. Le résultat fut une guérison parfaite.

OBSERVATION XXI (Ward, *id.*)

Mme H. B..., âgée de vingt et un ans, multipare, mariée de trois ans, a une douleur constante du côté gauche et de la dyspareunie. L'examen montre un utérus bas dans le pelvis et antéfléchi ; et un ovaire gauche augmenté, sensible et partiellement prolabé. De petits kystes furent enlevés sur l'ovaire gauche et il fut transposé. On pratiqua une opération de Gullian modifiée pour relever l'utérus. L'examen pratiqué plusieurs mois après montre la guérison des symptômes.

OBSERVATION XXII (Ward, *id*).

Mme P. L. ., âgée de trente ans a des douleurs dans la région inguinale gauche, surtout au moment des règles, douleurs dorsales, constipation et neurasthénie. L'examen révèle un utérus rétroversé avec un ovaire gauche sensible dans le cul-de-sac, un rein mobile droit et une entéroptose généralisée. A l'ouverture de l'abdomen, l'ovaire gauche paraît normal, il fut transposé. L'utérus fut suspendu par les ligaments ronds. L'appendice fut enlevé, il était adhérent, congestionné et augmenté de volume, Cette malade guérit de ses douleurs ovariennes et de ses douleurs dorsales. Cependant elle est toujours quelque peu neurasthénique et porte avec grand profit une ceinture pour maintenir les organes abdominaux.

OBSERVATION XXIII (Ward, *id*).

Mme K. K..., trente ans, multipare fut opérée par un chirurgien deux ans auparavant, ovarioplastie avec suspension verticale de l'utérus. Elle est arrivée avec une douleur con-

tinue au côté gauche profond dans le pelvis, qui existe depuis son opération. En ouvrant l'abdomen, on trouve des adhérences de l'épiploon ou ligament suspenseur de l'utérus. Il y avait des adhérences légères autour des deux ovaires qui étaient partiellement prolabés. Il y avait un état de varicocèle du plexus pampiniforme des deux côtés, l'appendice épaissi et adhérent au ligament infundibulo-pelvien droit. Les deux ovaires furent libérés de leurs adhérences et transposés, l'appendice fut enlevé. Cette malade, quoi qu'ayant acquis une grande amélioration se plaint toujours d'une certaine douleur dans les régions ovariennes.

OBSERVATION XXIV (Ward, *id.*)

Mme S. B..., vingt-huit ans, multipare a eu un travail difficile quelques années auparavant ; depuis, ténesme pelvien, fréquence de mictions, douleurs constantes dans l'ovaire gauche, empirant pendant la marche, dyspareunie marquée, défécation douloureuse, tous ces symptômes empirant pendant les règles. L'examen montre une dilacération grave des sillons vaginaux, un grand degré de cystocèle, un col déchiré, l'utérus rétroversé et les deux ovaires prolabés, le gauche dans le cul-de-sac de Douglas est très sensible. Après curettage et réparation du col, la paroi vaginale antérieure fut ouverte par une incision en T et la vessie séparée du vagin et de l'utérus. L'utérus fut antéversé et à travers la plaie les ovaires et les trompes apparurent. Les deux ovaires furent transportés sur le même plan que le ligament large, par la méthode de Barrows et les ligaments ronds raccourcis par des sutures à la soie. La vessie fut fixée à la surface

antérieure de l'utérus et des ligaments larges et d'après l'opération conseillée par Goff; la paroi antérieure vaginale fut fermée. L'opération fut terminée par un périnéorraphie.

Le résultat fut parfait et quatre semaines après d'après une lettre de la malade, celle-ci confirme qu'elle est débarrassée de tous ses symptômes.

OBSERVATION XXV (Ward, *id.*)

M. J. T..., âgée de trente-cinq ans, multipare, a une douleur continue du côté gauche et en arrière dans le dos, empirant dans la station debout et de la dyspareunie. L'ovaire gauche était partiellement prolabé et anormalement sensible et l'utérus était rétroversé. A l'opération l'ovaire gauche fut trouvé recouvert partiellement par les adhérences. Il fut libéré et transposé. L'ovaire droit était aussi légèrement adhérent et fut également transposé. Les ligaments ronds furent raccourcis. Cette malade eut une convalescence normale, mais l'intervention est trop récente pour tirer des conclusions sur sa valeur.

OBSERVATION XXVI (Stratz)

Femme de vingt et un ans, multipare. Règles règulières parfois douloureuses. Peu de temps avant ses dernières règles qui sont apparues avec quelques jours de retard, douleurs violentes dans la région iléo-cæcale, malaises, vomissements. Cela à la suite d'une chute d'une échelle. Examen combiné facilité par parois abdominales minces. on sent à droite de l'utérus un corps très sensible, qui peut se laisser déplacer en haut et en arrière très facilement.

L'ovaire droit n'est pas palpable à la place habituelle. Annexes gauches de volume normal. et non sensibles.

Après examen et reposition la douleur disparaît aussitôt.

Huit jours après l'examen,constatations absolument normales.

OBSERVATION XXVII (Stratz)

Femme de vingt-six ans, deux accouchements normaux,le dernier il y a un an. En soulevant l'enfant douleur brusque violente à gauche. Même constatation que dans le premier cas, sauf que l'ovaire est un peu gros et un peu sensible. Reposition et application de pessaire de Hodge. Quelques lavements. La douleur disparaît, l'ovaire reste en situation normale. Le pessaire de Hodge est enlevé au bout de quatre semaines. Examen à ce moment. Rien d'anormal.

OBSERVATION XXVIII (Stratz)

Vingt-quatre ans, trois enfants, trois accouchements normaux. Règles ne sont pas apparues depuis deux mois. Douleurs qui augmentent à droite, qui à chaque effort s'exaspèrent.

Examen à droite près de l'utérus, on trouve une tumeur douloureuse molle et élastique. Annexes gauches normales.

Grossesse extra-utérine ou tumeur ovarienne. Laparotomie 25 juillet 1905.

L'ovaire droit est placé au-dessus et en avant du ligament rond, il est violacé, très augmenté de volume, tendu, non adhérent.

L'utérus violacé est mou.

Comme par suite de cette grossesse supposée on ne peut

fixer l'ovaire à l'utérus et pour exclure toute récidive, on enlève l'ovaire complètement mobile. Guérison apyrétique sans accident. Le 12 mars 1906, accouchement spontané d'une fillette vivante.

L'examen microcopique de l'ovaire a donné en dehors d'une augmentation de volume régulier une imprégnation séreuse de stroma et quelques hémorragies. Rien d'autre d'anormal.

Dans ces trois cas, il s'agissait donc d'un déplacement de l'ovaire en avant provoquant de la stase qui s'est manifestée par de l'hyperhémie et de l'œdème.

Dans le premier cas, cet examen fut confirmé microscopiquement.

OBSERVATION XXIX (Stratz)

Femme de trente-six ans, trois enfants, dernier accouchement il y a douze ans. Règles toujours abondantes, régulières et sans douleurs.

En février 1906, l'apparition de règles quelques jours plus tôt, en même temps, douleurs violentes à droite et violente hémorragie. Pas de fièvre.

A côté, à droite de l'utérus, tumeur très sensible, pas très nettement délimitable. Utérus et annexes gauches normaux. Malgré l'application d'un pessaire, de glace et de tous les moyens antiphlogistiques pendant quelques semaines devant ces douleurs persistantes, on intervient. La température n'a jamais dépassé 37°5.

Diagnostic. — Tumeur des annexes droites probablement pyosalpynx ou grossesse extra-utérine.

22 mars 1906. — Laparotomie, larges adhérences de l'épiploon avec l'utérus et tumeur rouge bleuâtre couverte d'a-

dhérences nombreuses récentes, facilement décollables de la paroi antérieure de l'utérus et de la cavité de Retzius. La tumeur consiste en une trompe très épaissie et un ovaire augmenté de volume qui se trouve placé en avant et au-dessus du ligament rond. Résection. Guérison sans incident.

Microscopiquement. —Trompe remplie de sang, signes de salpingite probablement hydrosalpynx, qui par suite de la torsion s'est tranformé en hématosalpynx (Dr V. Houtum). L'ovaire est augmenté de volume d'une façon régulière.

Tuméfaction œdémateuse du tissu conjonctif.

OBSERVATION XXX (Stratz)

Multipare de quarante ans. qui souffre depuis quatre à cinq semaines de violentes hémorragies et de violentes douleurs du côté droit.

Examen. — La tumeur est en liaison étroite avec l'utérus en avant du corps qu'on ne peut délimiter en haut.

Diagnrstic. — Myome probable avec de vieilles adhérences quoique dans les antécédents on ne trouve jamais de signes de péritonile.

Laparotomie. — Epiploon adhérent à la vessie et à l'utérus. Après sa libération, on trouve un ovaire partout augmenté de volume, adhérent à droite et en avant de l'utérus. Dans cette libération difficile, traces de pus, kyste colloïde au colon ascendant. Guérison sans incidents.

La tumeur mesure 14 centimètres sur 8. Montre à son pôle inférieur une surface rugueuse qui à la coupe montre un corps jaune volumineux récent et d'autre part une sorte de sac rempli de pus contenu dans le tissu ovarien.

Examen microscopique (Dr Polak Daniels). — L'ovaire présente un stroma très hypertrophié avec infiltration cellulaire, dégénération hyaline intense des vaisseaux et des petits follicules. Œdème. La paroi de l'abcès est séparée du reste du tissu ovarien par une tunique propre et quoique dans cette paroi on trouve des cellules granuleuses ou des cellules de luthéïne on ne peut les séparer.

Dans les antécédents de la malade, jamais de douleurs dans le bas-ventre, elle ne s'est jamais alitée.

OBSERVATION XXXI

(J.-L. Faure, *la Gynécologie*, 1903, p. 101.)

La salpingopexie

Mme A..., vingt-trois ans, mariée depuis plusieurs années, sans enfants. Depuis longtemps souffre de douleurs vives dans le bassin. Utérus un peu immobilisé en rétroversion. On sent les annexes prolabées dans le Douglas. Les douleurs ont résisté au traitement médical longtemps continué.

23 janvier 1903. — Laparotomie. Il y a entre l'utérus, le rectum et l'intestin des adhérences nombreuses solides et bien organisées qu'il faut couper aux ciseaux. Ces adhérences maintiennent l'utérus en rétroversion et les annexes sont complètement cachées derrière lui dans le Douglas. Les adhérences détruites ou sectionnées, l'utérus est ramené en avant et les annexes apparaissent fixées dans le Douglas par des adhérences qui cèdent à la main. Les annexes sont saines, les ovaires paraissent tout à fait normaux. Les trompes, à part les quelques éraillures dues aux adhérences rompues

sont tout à fait normales. Mais dès qu'on les abandonne à elles-mêmes, elles retombent avec les ovaires dans le Douglas.

L'auteur prend le parti pour les maintenir en bonne position de les suspendre au ligament infundibulo-pelvien qui contient les vaisseaux utéro-ovariens et va se fixer au détroit supérieur.

Les annexes sont ainsi suspendues au niveau du détroit supérieur sans tendance à retomber. Cette fixation contribue également à maintenir le fond de l'utérus dans sa situation normale.

Le ventre est refermé par une suture à trois plans. Guérison sans incidents.

La malade quitte l'hôpital en parfait état, ne souffrant plus le 23 février.

OBSERVATION XXXII (Mauclaire)

Mme H..., quarante-trois ans, cuisinière.

Entre à l'hôpital le 25 mars 1913.

A eu deux accouchements normaux ; mais elle présente de nombreuses traces de vergetures et une mauvaise paroi abdominale.

Depuis son deuxième accouchement a une sensation constante de pesanteur dans le pelvis et de temps en temps des douleurs plus aiguës paroxystiques.

A l'examen on constate un certain degré de prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle.

Au toucher, le col est hypertrophié et abaissé.

On ne réveille pas de douleur par la pression, dans le cul-de-sac postérieur, qui est libre.

L'utérus est gros, dur, du volume d'une orange.

Les autres organes ne paraissent pas ptosés.

Etat général assez bon. Pas de troubles nerveux.

Opération. — Laparatomie médiane.

Résection conéiforme antérieure de l'utérus.

Ovariopexie à l'angle utérin des deux ovaires, qui étaient prolabés dans le Douglas ; mais paraissaient sains.

On termine par une colporraphie postérieure.

Suites opératoires sans incidents.

La malade sort le 29 avril en bon état.

OBSERVATION XXXIII (Mauclaire)

Mme L..., trente-trois ans, domestique.

Entre pour douleurs dans le pelvis et pertes blanches, le 23 juillet 1913.

L'examen général ne révèle rien d'intéressant.

Au toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur une masse dure, qui est le fond de l'utérus rétrofléchi. Par le palper bi-manuel, on sent dans le cul-de-sac latéral droit les annexes augmentées de volume, mais peu douloureuses.

Opération. — Cœliotomie.

Gros utérus rétrofléchi et au-dessous de lui les ovaires un peu augmentés de volume, mais à peu près sains.

Ovariopexie aux cornes utérines.

Hystéropexie par la méthode de Doléris.

Suites opératoires normales.

La malade sort guérie le 14 août.

OBSERVATION XXXIV (Mauclaire)

Mme L..., trente-deux ans, multipare, a souffert de douleurs ovariennes depuis l'âge de vingt-cinq environ. C'est

après son deuxième accouchement qu'elle a commencé à avoir une sensation de pesanteur dans le pelvis. Puis les douleurs se sont accentuées lui rendant le travail extrêmement pénible. C'est pour ces douleurs qu'elle vient consulter et aussi pour des règles qui sont anormalement abondantes.

Le 5 décembre 1913, à l'examen on trouve un utérus en rétro-flexion et on est frappé de la douleur qu'elle accuse pendant cet examen.

A l'opération, l'explication de ces si vives douleurs est donnée par ce fait que derrière l'utérus tombé dans le Douglas, on trouve les deux ovaires prolabés et comprimés par lui. Ils paraissaient sains.

On les fixe aux cornes utérines et on termine par une hystéropexie suivant la méthode de Doléris.

Suites opératoires normales. La malade sort le 2 janvier 1914.

Le 14 novembre 1917, la malade est en parfait état ; elle n'a jamais plus souffert depuis son opération et a repris ses occupations qui sont assez fatigantes.

OBSERVATION XXXV (Mauclaire)

Mme H..., trente ans.

Entre le 12 décembre 1913, à l'hôpital, pour douleurs dans le bas-ventre surtout marquées du coté droit. C'est une nullipare. Les douleurs sont surtout vives au moment des règles, lesquelles sont très abondantes et durent plusieurs jours.

A l'examen on constate qu'elle a une rétro-version utérine.

(L'observation est un peu incomplète et ne donne pas d'autres détails).

Le compte rendu opératoire nous dit qu'il y avait quelques

adhérences épiploïques avec l'utérus, et que les ovaires étaient prolabés dans le Douglas. On les a fixés aux cornes utérines et fait ensuite une hystéropexie.

Les suites opératoires ont été bonnes; la malade est sortie le 30 janvier 1914 et nous ne l'avons pas revue.

OBSERVATION XXXVI (Mauclaire)

Mme R..., vingt-deux ans, domestique.

Entre le 17 décembre 1913. Elle souffre depuis deux ans environ, mais ces derniers mois les douleurs sont devenues intolérables. Elle sent qu'il lui est impossible de continuer à travailler dans cet état. Il y a plusieurs mois qu'elle n'a plus pu avoir de rapports sexuels, par suite de l'intensité des douleurs. Elle est, dit-elle, devenue très nerveuse.

A l'examen, on trouve un col normal, un utérus légèrement rétrofléchi. L'examen est d'ailleurs difficile, car il est douloureux et la malade se défend et se contracte.

A l'opération, on trouve un utérus plutôt petit, rétrofléchi et deux ovaires prolabés dans le Douglas, mais petits également et sans lésions macroscopiques d'ovarite scléro-kystique.

On les fixe aux cornes utérines et on fait une kystéropexie méthode Doléris.

Suites opératoires sans incidents. La malade sort le 10 janvier, très améliorée.

OBSERVATION XXXVII (Mauclaire)

Mme R..., femme de chambre, entre le 31 janvier 1914. Elle a été opérée de l'appendicite en janvier 1913. Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, elle est prise de douleurs

très vives dans le pelvis s'accompagnant de nausées et de vomissements. Ces phénomènes se calment pendant quelque temps, puis les douleurs reparaissent ensuite sous forme de crises. Elle a une dysménorrhée très marquée ; règles douloureuses et revenant deux à trois fois par mois.

A l'examen, le 31 janvier, on sent un utérus normal ; à droite par le palper bimanuel, on sent les annexes qui sont douloureuses. Cul de-sac latéral gauche ne révèle rien de particulier. Dans le cul-de-sac postérieur on constate une petite tumeur mobile extrêmement sensible.

Opération. — Cœliotomie.

On trouve un ovaire droit très malade et on l'enlève.

L'ovaire gauche prolabé dans le fond du Douglas était cliniquement sain. On le fixe contre la corne utérine.

Suites opératiores bonnes. La malade sort le 17 février 1914.

OBSERVATION XXXVIII (Mauclaire)

M..., vingt ans, femme de chambre, souffre depuis six mois dans le pelvis. C'est une nullipare, elle n'a jamais eu de fausse-couche. Ses règles viennent toutes les trois semaines et sont très douloureux, l'obligeant à s'aliter. Dans les périodes inter-menstruelles, les douleurs persistent assez vives, exagérées par la marche, exacerbées par la défécation. La malade est assez fatiguée et très nerveuse.

A l'examen la palpation de l'abdomen provoque une douleur assez vive du côté des annexes gauches. Au toucher le cul-de-sac gauche est un peu douloureux et la douleur devient plus vive quand on explore le cul-de-sac postérieur.

A l'opération on trouve un utérus légèrement rétrofléchi et les deux ovaires prolabés dans le Douglas.

L'ovaire droit est augmenté de volume, très nettement scléro-kystique : on lui fait toute une série de pointes de feu.

L'ovaire gauche est à peu près normal. On fixe les ovaires aux angles utérins et on fait une hystéropexie.

Suites opératoires sans incidents.

La malade sort guérie le 21 mars 1914, elle ne souffre plus.

OBSERVATION XXXIX (Mauclaire)

Mme T..., vingt-neuf ans, entrée le 19 octobre 1914.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans. Règles régulières, peu abondantes, non douloureuses. Pas de pertes blanches.

Quelques troubles digestifs légers. Constipation assez marquée.

Mariée à vingt-deux ans.

A vingt-cinq ans, une fausse-couche de trois mois.

A vingt-six ans, fausse-couche de deux mois.

En 1914, un accouchement prématuré à sept mois et demi à la suite duquel surviennent des pertes rouges abondantes, nécessitant un curettage.

Quelques semaines après, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, les douleurs ne sont pas très aigues, mais suffisantes, pour que la malade se présente à l'hôpital.

Les douleurs sont un peu plus marquées pendant la défécation et le coït mais ne sont pas intolérables.

Au toucher. — On trouve un utérus en rétroversion. Les culs-de-sac latéraux sont souples et non douloureux, le cul-de-sac postérieur au contraire est très sensible.

Opération. — Le 5 novembre 1914, on trouve les deux ovaires prolabés dans le Douglas.

On les fixe aux cornes utérines et on termine par une hystéropexie suivant la technique de Doléris.

Suites opératoires sans incidents.

8 avril 1919. — La malade revient nous voir sur notre demande. Son état général est bon et les douleurs ont complètement disparu.

Le toucher ne révèle plus aucune douleur dans le cul-de-sac postérieur qui est libre.

Les annexes sont en parfait état.

OBSERVATION XL (Mauclaire)

Mme C..., vingt-cinq ans, ménagère, entre à l'hôpital le 25 janvier 1917 pour des douleurs pelviennes qui remontent à trois ans à la suite d'un accouchement. Les règles depuis ce moment sont douloureuses ; la malade à l'entrée est amaigrie et se plaint d'anorexie. Elle est constipée et appréhende la défécation qui provoque chaque fois des douleurs très vives.

A l'examen, on constate un utérus légèrement prolabé, mais qui n'est pas augenté de volume. Dans le cul-de-sac gauche et dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse qui est très douloureuse au toucher et est certainement l'ovaire.

A l'opération, on trouve les deux ovaires prolabés, l'ovaire droit est très gros, très nettement scléro-kystique et trop malade pour être conservé. Quand à l'ovaire gauche, il est plus sain et on le fixe à position antéligamentaire suivant le procédé de M. Mauclaire.

Suites opératoires bonnes. La malade sort le 1er mars 1917. Elle n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION XLI (Mauclaire)

Thérèse A..., vingt-cinq ans, fille de salle, entrée le 29 septembre 1917.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans, règles régulières, non douloureuses.

Mariée à vingt et un ans. Pas de grossesse ni de fausse-couche.

Entre à l'hôpital le 29 septembre, parce qu'elle souffre du ventre.

Les douleurs ont commencé il y a environ trois mois.

Douleurs lombaires, douleurs pendant le coït, pendant la défécation.

Depuis trois mois a cessé tout rapport sexuel à cause des douleurs intolérables qu'elle éprouvait ; douleurs qui persistaient une heure à une heure et demie après le coït. Pertes blanches depuis trois mois.

Pertes rouges plus abondantes et très fréquentes.

Examen physique. — Bon état général.

Col normal.

Pas d'annexite. Culs-de-sac souples.

Dans le cul-de-sac postérieur, le toucher réveille une douleur très vive et permet de sentir une petite masse arrondie, mobile.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Utérus rétroversé.

Ovaire gauche prolabé dans le Douglas, mais libre d'adhérences et paraissant sain.

Ovaire droit est peu abaissé et sain.

On fixe l'ovaire gauche au niveau de la corne utérine. L'utérus est ramené en position normale, on fixe les ligaments ronds à travers les muscles droits suivant la technique de Doléris.

Résultats. — Suites opératoires sans incidents.

Dix-sept jours après, les douleurs ont disparu.

Toucher. — On ne sent plus rien dans le Douglas et le toucher ne provoque plus aucune douleur.

La malade sort en très bon état et très satisfaite des résultats de l'opération.

OBSERVATION XLII (Mauclaire)

Mme R..., souffre depuis quatre à cinq mois de douleurs dans le pelvis. Depuis quelques semaines, les douleurs ont angmenté d'intensité s'accompagnant de nausées et obligeant la malade à cesser tout travail ; la défécation amène chaque fois une recrudescence de douleurs qui fait que la malade hésite à aller à la selle. Les rapports sexuels sont devenus un supplice.

Au toucher, le 26 mars 1914, on constate une rétroversion utérine très nette, l'exploration du cul-de-sac postérieur est extrêmement douloureuse pour la malade et l'on pense à un prolapsus ovarien concomitant.

L'opération confirme le diagnostic et derrière l'utéris rétrofléchi, on trouve les deux ovaires prolabés. On les fixe en position anteligamentaire et on termine par un Doléris.

22 avril 1918. La malade a été très améliorée par l'opérateur. Elle a repris ses occupations, mais il persiste quelques douleurs à droite.

Le toucher n'est plus douloureux et montre un col et un utérus en parfait état. Le Douglas est vide. Il n'y a qu'un peu de douleur dans le cul-de-sac latéral droit.

OBSERVATION XLIII (Mauclaire)

Mme F..., femme de chambre, entre le 11 février 1914 pour des crises douloureuses qui ont commencé il y a environ six semaines. La première crise est survenue le 22 décembre et a eu un début brusque obligeant la malade à garder le lit quelques jours. Depuis, les crises se sont répétées et amènent la malade à consulter.

Au toucher, on sent une masse douloureuse dans le Douglas.

Opération le 17 février. — On trouve un utérus en rétroflexion comprimant deux ovaires qui contiennent des petits kystes. Ignipuncture des ovaires et ovariopexie utérine angulaire. On termine par un Doléris.

Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie.

Nous avons eu de ses nouvelles en mars 1919, elle n'a plus jamais souffert.

OBSERVATION XLIX (Garcin)

Mme C..., trente et un ans, entre le 30 septembre 1918.

Mariée à dix-huit ans, a eu quelques mois après une grossesse : l'accouchement a été normal et les suites de couches bonnes. Elle s'est levée un peu tôt vers le dizième jour, dit-elle et s'est un peu fatiguée.

Quatre à cinq semaines après l'accouchement, elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre ; sensation de pesanteur

dans le petit bassin avec de temps en temps des douleurs plus vives.

Elle fait ensuite deux fausses-couches de trois à quatre mois, la première à l'âge de vingt-quatre ans, la deuxième l'année suivante.

A partir de ce moment les douleurs s'exagèrent, la malade est obligée de rester souvent étendue, parfois de garder le lit deux ou trois jours de suite. Elle appréhende les relations sexuelles, qui pour elle deviennent un supplice. Quant aux douleurs à la défécation, la malade ne s'en plaint seulement que depuis quinze jours et elles ne sont pas particulièrement vives, mais il faut dire que notre malade n'est pas constipée, les selles sont quotidiennes.

A l'examen, malade ayant un assez bon état général. Ce n'est ni une nerveuse ni une ptosique. Au toucher l'utérus est à peu près normal et n'est pas rétrofléchi. Les culs-de-sac latéraux sont souples.

Dans le cul-de-sac postérieur, on constate la présence d'une petite tumeur dont l'exploration minutieuse est difficile parce que trop douloureuse.

Opération le 9 octobre. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est normal, mais dans le cul-de sac de Douglas, on trouve les deux ovaires qui présentent des lésions très nettes d'ovarite scléro-kystique. On fait une résection cunéiforme antérieure et postérieure et la fixation des ovaires aux cornes utérines.

Suites opératoires sans incidents.

Malade revue le 9 avril 1919 en parfait état. Elle ne souffre plus et l'examen local montre que tous les culs-de-sac sont libres et que le toucher n'est nullement douloureux.

OBSERVATION XLV (Mauclaire)

Mme Vve R..., âgée de trente et un ans. Ménagère, entre le 14 janvier 1914.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-huit ans, mais irrégulièrement.

Mariée à vingt-trois ans, a deux enfants, le premier à vingt-quatre ans, le deuxième à vingt-huit ans. Les grossesses ont été bien supportées malgré que la malade soit tuberculeuse et ait eu deux hémoptysies avant son mariage.

Les douleurs ont commencé un an environ après le premier accouchement, elles étaient plus marquées au moment des règles, mais supportables. Ce n'est qu'après le deuxième accouchement qu'elles se sont exagérées et sont devenues intolérables. Un an avant son opération, elle perd son mari et n'a plus de rapports sexuels, mais la défécation réveille des douleurs très vives qui ne se calment que longtemps après et obligent même la malade à s'étendre pendant un moment.

A l'examen, on voit qu'il s'agit d'une femme amaigrie, qui tousse et l'on constate d'ailleurs des lésions des deux sommets.

Localement on trouve un utérus très gros et en rétroflexion ; en arrière et à droite une petite masse comme une noix qui est sensible au toucher et qui est certainement l'ovaire.

L'opération confirme le diagnostic.

On trouve un utérus très gros, œdémateux, dont le fond occupe le Douglas et comprimait l'ovaire droit qui est lui-

même très augmenté de volume et nettement scléro-kystique.

On ne fait pas de résection cunéiforme de l'ovaire, mais toute une série de pointes de feu.

L'ovaire gauche qui était prolabé également et qu'on n'avait pas senti était presque normal.

On fait l'ovariopexie antéligamentaire et on termine par une hysteropexie suivant le procédé de Doleris.

Pendant trois ans tous les troubles disparaissent, *mais depuis septembre 1918*, les douleurs reviennent d'abord vagues, sourdes, puis de plus en plus aigues, mais sans atteindre l'acuité d'autrefois.

Nous *revoyons* la malade le 7 avril 1919. Au toucher combiné à la palpation, on constate que l'utérus est en bonne position de volume et de consistance normale, le cul-de-sac postérieur est libre, dans le cul-de-sac latéral droit la palpation bimanuelle révèle la présence d'une petite masse, à contours assez réguliers, un peu oblongue et nettement douloureuse. Cette masse est certainement l'ovaire. Le résultat ne nous semble pas très satisfaisant et si les douleurs deviennent plus vives, il sera nécessaire de supprimer cet ovaire malade.

OBSERVATION XLVI (Mauclaire)

Mme G..., Marie, vingt-quatre ans, entre à la Charité le 18 septembre 1917 pour des douleurs sourdes à peu près continuelles et augmentées par tout effort.

Antécédents personnels. — Réglée à quinze ans, les règles ont toujours été régulières et non douloureuses.

Mariée à vingt et un ans. Nullipare.

C'est peu à peu que les règles deviennent douloureuses, irrégulières, mais jamais cette malade n'a présenté d'accidents aigus qui l'ont obligée à s'aliter.

Jamais de fausse couche.

La malade n'accuse pas de douleurs très vives à la défécation, mais se plaint de douleurs au moment du coït ; d'ailleurs celles-ci cessent aussitôt après.

En résumé, cette femme se plaint essentiellement de douleurs sourdes dans le bas-ventre.

Au toucher on sent l'utérus en rétroflexion, un peu augmenté de volume. En arrière de lui, le doigt perçoit une petite masse très sensible, parfaitement limitée et qui ne peut être que l'ovaire.

L'examen ne montre pas d'autres ptoses, il n'y a pas de prolapsus génital. La paroi abdominale est bien constituée.

Aucun trouble nerveux, réflexes normaux, pas de zônes d'anesthésie ni d'hypéresthésie.

Opération le 12 octobre 1917.

Laparotomie médiane, utérus en rétroflexion presque de volume normal. Les deux ovaires sont prolabés dans le Douglas et paraissent macroscopiquement sains. Il n'y a pas de dégénérescence scléro-kystique ni d'adhérences. On fait une boutonnière aux deux feuillets séreux de la partie haute du ligament large à environ 1 centimètre au-dessous de la trompe à mi-distance de la paroi pelvienne latérale et du bord utérin. L'ovaire est attiré dans cette brèche et placé en situation antéligamentaire suivant le procédé de Mauclaire.

On termine par une hystéropexie suivant le procédé de Doléris.

Suites opératoires normales. Elle sort le 1er novembre. La malade ne souffre plus.

En janvier 1919, les douleurs recommencent, siégeant dans le bas-ventre, deviennent continues avec poussées paroxystiques.

Nouvelle opération le 1er mars.

Il existe des adhérences multiples autour de l'ovaire droit et de l'ovaire gauche. Leur libération est difficile et devant tout un véritable magma inflammatoire qui occupe ovaires, trompent et englobent le ligament large, on se résigne à pratiquer une hystérectomie subtotale. Encore celle-ci est-elle assez difficultueuse et on doit pratiquer une hémi section utérine pour faire la libération de bas en haut.

Suites opératoires sans incidents. Guérison.

CONCLUSIONS

Le prolapsus douloureux de l'ovaire consiste dans la chute de la glande génitale dans le cavum rétro-utérin lorsque cette situation anormale de l'ovaire entraîne toute une série de phénomènes douloureux très marqués. Il est en effet des cas nombreux où le prolapsus ne détermine aucun trouble et est découvert par hasard au cours d'un examen gynécologique : ces cas n'entrent naturellement pas dans le cadre de notre sujet.

On a décrit un prolapsus en avant : ce sont des raretés constatées seulement au cours de l'intervention (Stratz).

Le prolapsus dans le cavum rétro-utérin comprend deux variétés : 1° *la variété rétro-latérale* ; 2° *la variété rétro utérine*. La première ne constitue en réalité qu'une étape de la chute, l'ovaire finissant toujours par gagner le fond du Douglas.

Il y a intérêt à connaître ces variations de situation de la glande génitale, qui s'accompagnent de troubles divers, qu'on a tenté d'individualiser sous le nom de prolapsus douloureux de l'ovaire.

Cette affection, qui a été assez négligée en France

jusqu'à ces dernières années, a été étudiée surtout par les chirurgiens anglais et américains. Peut-être n'est-il pas inutile d'attirer l'attention sur elle ?

Les cas de prolapsus douloureux de l'ovaire ne sont pas tous semblables : on peut le classer en trois variétés cliniques que nous verrons au traitement.

Pathogénie

Le prolapsus douloureux de l'ovaire relève essentiellement de l'insuffisance des moyens de fixité de la glande génitale.

Nous avons vu les différences que présentait tant chez l'adulte que chez le fœtus le ligament suspenseur de l'ovaire. Il semble exister les prédispositions anatomiques, des prédispositions *congénitales* au prolapsus.

La *qualité des tissus* joue un rôle capital : le prolapsus de l'ovaire se rencontre souvent chez les ptosiques, chez les femmes ayant des tissus de mauvaise qualité.

La valeur du système musculaire lisse sous-péritonéal de Rouget, qui forme la charpente conjonctivo-musculaire des différents ligaments de l'ovaire joue à notre avis un grand rôle.

Parmi les *causes favorisantes* il faut incriminer en premier lieu *la grossesse* et les phénomènes de subinvolution consécutifs ; tous les ligaments de l'ovaire distendus ne revenant pas à leur état primitif ; en second lieu les petites poussées inflamma-

toires, *les infections atténuées du pelvis* qu'on retrouve souvent dans l'interrogatoire.

Toutes les autres causes invoquées : profession, fatigue, etc., n'ont qu'un rôle accessoire.

Symptomatologie

En clinique l'affection se caractérise essentiellement par des douleurs sous forme de crises paroxystiques provoquées *par la défécation*, *le coït*; accessoirement par la marche, la station debout, les efforts.

Ultérieurement en plus des crises paroxystiques existera un état douloureux permanent.

Le toucher permet en général le diagnostic, qui ne soulève pas de difficultés si l'on est averti, si l'on pense à cette affection.

Traitement

Le traitement médical local a pu procurer des soulagements momentanés ; mais est insuffisant pour assurer la guérison.

Le traitement général consistant en une bonne hygiène et dans certains cas dans l'opothérapie ovarienne ne devra pas être négligé chez des femmes, que les douleurs du prolapsus ovarien ont rendu nerveuses, irritables ou chez qui ces douleurs ont aggravé un état névropathique préexistant, en rapport avec des troubles de la glande à sécrétion interne.

Il doit être *l'adjuvant* du traitement chirurgical qui seul peut donner des résultats définitifs.

Le traitement chirurgical est variable suivant les cas.

1° S'il s'agit d'un *prolapsus douloureux pur* il faut être avant tout conservateur et pratiquer une pexie indirecte de l'ovaire.

2° S'il existe une *rétro déviation utérine concomitante* on doit s'assurer que le fait de replacer l'utérus dans son anteflexion normale entraîne la reposition des ovaires prolabés. A notre avis il n'en est pas toujours ainsi et il faut associer au procédé de Doléris une oophoropexie.

Bien des résultats incomplets de l'hystéropexie sont dus à ce que l'ovaire reste prolabé et continue à être le siège de crises douloureuses.

3° Le prolapsus douloureux de l'ovaire s'accompagne de lésions macroscopiques *d'ovarite scléro kystique.*

Si la femme est jeune, s'il y a peu d'adhérences on peut se contenter de résection partielle de l'ovaire et de l'ignipuncture ; si les lésions sont trop étendues on pratiquera la castration.

Procédé de suspension de l'ovaire. — Il s'agit de procédés d'ordre indirect qui s'adressent aux ligaments de l'ovaire.

1° *Le procédé d'Imlach* qui consiste dans le raccourcissement des ligaments infundibulo-pelvien nous semble susceptible d'entraîner des troubles cir-

culatoires. Il a cependant donné de bons résultats entre les mains de Beyea, Hirst, J. L. Faure.

2° *Fixation de l'ovaire à la corne utérine* par suture de l'extrémité externe du ligament utéro-ovarien au tissu utérin. Ce procédé a donné à Gardner à Bonney et à nous-mêmes d'excellents résultats. Il nous semble avoir pour avantage d'éviter les risques de récidive du prolopsus par allongement secondaire des ligaments.

3° Nous devons mettre à part *les procédés antéligamentaires* de Mauclaire et de Clifford Barrows, qui n'agissent pas sur les moyens de suspension ; mais placent l'ovaire au contact du feuillet péritonéal antérieur du ligament large au-dessous du ligament rond. Il nous paraît que cette méthode provoque un certain degré de torsion des pédicules vasculaires. Les résultats éloignés de deux cas opérés par le procédé antéligamentaire font que M. Mauclaire ne le préconise plus aujourd'hui.

Il nous paraît que la fixation à la corne utérine reste le prodédé le plus simple, le plus facile et le meilleur.

D'ailleurs ce qui est essentiel avant tout c'est de ne pas laisser la glande génitale dans le cul-de-sac de Douglas, où elle est le siège de traumatismes incessants, qui causent des douleurs et provoquent le plus généralement de l'ovarite scléro-kystique : on doit soustraire l'ovaire à ces irritations incessantes et le remettre en bonne place.

Nous pensons que pour arriver à ce but plusieurs

procédés sont bons ; l'essentiel est moins la discussion du meilleur moyen de fixation que la nécessité de cette oophoropexie, qu'il faut faire précoce pour éviter plus tard la nécessité de la castration.

On voit tout l'intérêt de ce traitement conservateur. La castration chez ces femmes jeunes, loin de faire disparaître les troubles nerveux, les exagère. Quelques observations montrent que des grossesses ont pu se produire après une double oophoropexie.

Vu : le Président de la thèse
LEGUEU

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Baraduc. — Comptes rendus Soc. de biol., 1882.

Barruyton. — A case of torsion of a normab ovary (J. Obst. Gynæc., London, 1916, XXVII, p. 141).

Barrows (*C.-C.*). — Prolapse of the ovary ; an operation for its cure with report of twelme cases (Med. Rec. N.-Y., 1904, LXVI, pp. 601-608).

Baussand (*M.*). — Contribution à l'étude du prolapsus ovarien (Thèse Lyon, 1913).

Beya. — The surgical elevation and conservation of the prolapsed ovary and tube (adnopexy). (Amer. Med. Philadelphia, 1902, pp. 1087-1090).

Bell (*W.-L.*). — A case of detached right ovary (Lancet, 1890, II, p. 562).

Branca (*A.*). — Note sur l'ovaire ectopique (Comptes rend. de l'Ass. d'anat. Nancy, 1901, III, p. 253).

Crowell (*H.-C.*). — Prolapsed ovaries (Am. J. Surg. and Gynec., 1895-1896, VIII, p. 99).

Duke (*A.*). — On prolapse of the ovary (Med. Press. and Circ., London, 1890, p. 79).

Faure (*J.-L.*). — La Gynécologie, 1903, p. 101.

Fyfe (*W.-W.*). — Oophorectomy for prolapsed ovary ; reconery (Glascow M. J., 1900, LIV, p. 368).

Gardner (*W.-S.*). — Prolapsed ovaries (Am. J. Obst. N.-Y. 1906, LIV, pp. 807-811 ; South. M. J. Nashville, 1915, VIII, 700-703).

Goldsphon (*A.*). — Descensus and suspension of ovaries (J. Am. M. Ass. Chicago, 1898, pp. 514-518; Med. News, 1897; Med. Rec., 1898).

Gottschalk (*S.*). — Ueber die durch den Descensus ovariorum hervorgebrachten Beschwerden und ihre Behandlung (Heilkunde. Wien., 1902, pp. 7-12).

Goodel. — Medical News, 1879.

Herman (*G.-E.*). — On prolapse of the ovaries (Med. Times et Gaz., London 1881, II, pp. 400, 460, 488).

Hirst (*B.-C.*). — The aperative treatment of a prolapsed ovary (Am. J. Obst. N.-Y., 1897, XXXV, p. 536).

— Suspension of the ovary (Am. Med. Phila., 1902, IV, p. 50).

Huntington (*M.-L.*). — Prolapse of the ovary (Minneap. Homeop. Mag., 1898, VII, p. 71-78).

Imlack. — Brit. gynec. Journ., 1885-1886.

Labadie, Lagrave et Legueu. — Prolapsus douloureux de l'ovaire (in Traité de Gynécologie, Paris).

Mac-kee (*E.-S.*). — Ovarian prolapse (Med. Rec. N.-Y., 1889, XXXV, pp. 595-598).

Mac-Lean (*J.-H.*). — Intrapelvic prolapsed ovaries; diagnosis and treatment (Texas Med. Gaz. Fort Worth., 1905, t. V, pp. 7-11).

Madden (*T.-M.*). — On displacements of the ovaries (Tr. Texas M. Ass., 1898, pp. 231-237).

Massey (*G.-B.*). — A case illustrating the treatement of painful prolapsed ovaries in young girls (Ann. Gynæc. Pædiatr. Philadelphia, 1892-1893, VI, pp. 199-201.

Mauclaire. — Prolapsus ovarien douloureux (Semaine gynécologique, 1er septembre 1903).

Manton W.-P.). — Vaginal tamponnement in the treatment of prolapsed ovaries (Tr. Am. Ass. Obst. et Gynæc., 1888, t. I, pp. 102-111).

Meyer. — Beiträge zur pathologischen Anatomie des ovarinns oophoritis (Zeitsch. f. Gebrutsh. u. Gynäk., 1914, LXXV, pp. 761-763).

Mundé (*P.-F.*). — Prolapse of the ovaries (Tr. Am. Gynec. Soc., 1879. Bost., 1880, IV, pp. 164-197).

O' Donavan (*C.*). — What shall be done with prolapsed ovaries (Maryland M. J. Balt , 1897, XXXVII, pp. 55-57).

Palmer (*C.-D.*). — Prolapse of the ovary; its rational manajement (Am. J. M. Soc. Phila. and N.-Y., 1914, CXLIII, pp. 561-568).

Poirier. — Anatomie descriptive. Organes génito-urinaires. Paris.

Pozzi. — In Traité de Gynécologie. Paris.

Reancy (*T.-A.*). — Desplaced ovary (Cincin. Lancet Clinic., 1894, n. s., XXXII, p. 237).

Rees (*C.*-M.). — Displacement of the ovaries (Tr. South. Car. M. Ass. Charleston, 1892, pp. 145-151).

Rose (*H.*). — Vaginale operation des Descensus ovariorum (Zentr. f. Gynäk., 1907, XXXI, pp. 657-660).

— Ueber vaginale Behandlund des Descensus ovariorum (Zentr. f, Gynäk, n° 3, p. 79, 1908).

Ross (*J.-B.*). — Prolapsus ovari attended with mensual symptoms (Austral. M. J. Melbourne, 1892, n. s., XIV, p. 310).

Ruet. — Du prolapsus douloureux de l'ovaire. Thèse de Nancy, 1912.

Sänger. — Ueber Descensus und Pelvifixmen ovariorum (Centr. f. Gynäk., 1896, XX, pp. 241-248).

Sellheim (*H.*). — Unvolkommene Descensus ovariorum (Beitr. z. Gebrutsh. n. Gynæk., 1901, V, pp. 177-187).

Shoop (*F.-J.*). — Descensus ovariorum (Brooklyn M. J., 1906, XX, pp. 329-332).

Skene. — Prolapse of ovaries (Amer. Journ. of obstetr., avril 1879, p. 842).

Stratz. — Lageveränderungen der ovarien (Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd 65, 2 Hft, 19 sq).

Strobel (*A.*). — Ein Fall von totaler Abschuüring rines ovarinns und Verlajerung inder vorderen Douglas. Munich, 1903. Thèse.

Trélat. — Ann. Gyn., 1888.

Vallin. — Thèse, 1887. Paris.

Vineberg. — Fur prolapse of the ovary (Trans. of the obstetr. soc., N.-York, 1898, 9, pp. 36-89).

Ward (*G.-G*). — Prolapse of the ovary and its treatment (J. Am. M. Ass., 1907, XLIX, 1507-1512).

IMP. JOUVE ET CIE, 15, RUE RACINE, PARIS — 6013-19